

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



LA FACULTÉ

Référence du concours de résidnat

Avis de non-responsabilité

Si vous êtes l'auteur ou le copyrights propriétaire d'un contenu sur notre site, contactez-nous sur:
facadm16@gmail.com

Tous les utilisateurs doivent savoir que l'équipe "La faculté" ne peut être responsable et condamne toute violation des droits d'auteur.

Toute utilisation lucrative sans la permission du propriétaire des droits d'auteur exposer l'utilisateur au suivi légal.



Pour télécharger plus de résumés et documents magnifiques pour résidanat d'Alger, veuillez scanner ce code avec votre application messenger et mentionner le nom du module que vous cherchez, par exemple "cardio" pour recevoir les liens de téléchargement de cardiologie. veuillez insérer un module à la fois, une fois vous recevez les liens du premier module, vous demandez un autre module (neuro, endocrino, biochimie ...)

Les ABRT

l'accident le plus frq^t en obstétrique

I ABRT spontanées:

Expulsion du produit de concept² sans intervent² extérieure avant la période de viabilité = avant 180g de gsse = 23SA = 6 mois.
OMS < 22SA ou < 500g.

- ABRT précoce⁺⁺⁺ = T₁ = < 12SA
- ABRT tardif = T₂ > 12SA
- ABRT complet: totalité de l'œuf est évacué
- ABRT incomplet: il reste du tissu ovulaire en intra utérin (surt après 10SA)
- ABRT infra clinique ou ultra précoce: ^{très frq^t} au cours des 10 premiers j de gsse avt que f² sache qu'elle est enceinte
- ABRT manqué ou traînant: rétenti² du produit de concept² > 3sem in utero.
- œuf clair: ∅ E² ds sac ovulaire
- ABRT spontané à répétit² ou mdie abortive. Succession de 3 ABRT spont ou ⊕ sans gsse intercalée menée à terme
≠ ABRT spontané isolé ou accidentel

Étiologies:

- Causes gles: diabète, Σ² vasculo-rénal, dysthyroïdie, mdie de syst, cardiopathies, hémopathies, anémies sévères
- Causes infectieuses: ABRT lié à hyperthermie + virulence germe
⚠ Et F² p²dt gsse et listériose jusqu'à preuve du ∓
↓ ABRT à répétit²
- Causes endocrines: insuff lutéale, hypothy, hyperandrogénie
- aberrat² chromos: T₁⁺⁺⁺, risque ↑ avec âge avancé de la f²
↳ de nbre (trisomie, triploïdie, monosomie) ou de structure (translocat², délét², mosaïque)
- causes utérines: anlis du myomètre (hypoplasie, hypotrophie, mal f², myomes)
" " endomètre (endométrite, synéchies)
" " col (BCI cong/acquise)
- causes ovulaires: GG, hydramnios
- autres: trauma, tabac, mauvaises CSE, gsse sur DIU, âge + profession, idiopath
iatrogène après amniocentèse, chimio ou irradiat² abd

⚠ ABRT précoce = 2 causes → aberrat² chromos
↳ insuff lutéale

⚠ ABRT tardif → BCI
↳ mal f² utérines

Clinique:

	ABRT précoce	ABRT tardif.
menace d'ABRT	<ul style="list-style-type: none"> MTR faible abondance. DL pelviennes discrètes à type dysménorrhée. * à l'examen: utérus gravidique, col fermé gravidique aucune évacuat^o de débris de gestat^o. → <u>écho endo-vag</u> + dosage <u>BHCG et cinétique</u> ⇒ vitalité de l'œuf? * signes mauvais Pc: <ul style="list-style-type: none"> - sac gestationnel < âge g^{ss}. - " " > g^{ss}. - sac ≠ format^o g^{ss} (œuf clair) - MAF anles ⇒ contrôle écho après 10j pour déterminer l'évolut^o de g^{ss}. évolut^o → favorable ⇒ DL ≠ MTR ↳ défavorable ⇒ aggravat^o BHCG ↓↓ expulsion 	<ul style="list-style-type: none"> MTR d'abondance variable. DL pelviennes à type de CU +/- pesanteur, DL lombaire * à l'examen: <ul style="list-style-type: none"> CU ⊕, MAF ⊕, +/- BCF TV: OCI fermé, utérus gravidique écho: g^{ss} évolutive selon terme
ABRT en cours ou inévitable	<ul style="list-style-type: none"> MTR de + en + imp. DL à type de colique expulsive * à l'examen: <ul style="list-style-type: none"> OCI ouvert + MTR +++ +/- caillots expulsion en 1ps: poches d'œuf transparentes + sang clair +/- g^{ss} soignée par trophoblaste. 	<ul style="list-style-type: none"> évolut^o (expulsion en 1ps) comme un mini-accouchement DL plus intenses à type de CU impliquant une modificat^o du col les mb se rompent ⇒ la P^o est perçue
ABRT réalisé	<ul style="list-style-type: none"> MTR minimales col fermé, utérus de taille subnle 	<ul style="list-style-type: none"> expulsion d'un fœtus souvent vivant puis placenta. souvent l'expulsion est incomplète

Dc ≠:
autres causes d'Hg^{ie} T₁ et T₂

- ABRT provoqués
- Forme pseudo abortive de la GEU (expulsion d'un cadavre) écho ⇒ anneau BHCG.
- ⚠ **TT MTR du T₁ est une GEU jusqu'à preuve du ≠**

- môle hydatiforme (ABRT cataclysmique, très hémorragique, à vésicules)
- Hg^{ie} d'origine cervico-vaginale: polype, cervicite, néo du col.

Cplct^o:

- les infect^o = la plus redoutable (endométrite, salpingite, pelvipéritonite) lorsqu'il y a rétent^o trophoblastique.
- Hg^{ie} → état de choc
- Iso-immunisat^o Rh si mère RH⁺.
- synéchies utérines (rare)

La faculté: Référence de résidanat de médecine d'Alger

CAT:

Devant tt MTR du T1, il faut :

- vérifier les ATCDs +++
- affirmer + localiser gsse
- vérifier la vitalité de l'œuf.
- groupage sg (Rh + RAI)
- établir Pc et traiter par la suite.

menace d'ABRT :

- Précoce: - Repos + abstinence
- antispasmodiques
- Progestérone
- tardif: - traiter l'étiologie (infect², anémie, insuff luteale)
- cerclage si BCI

ABRT en cours : - H^{\oplus} + mise en condit² (bilan bio, remplissage, ...)
- vérifier la **vacuité utérine** (écho)

+ perf oxytoc
+ ATB prophylaxie

- Avant LOSA → généralement expulsion est complète, et en 1 seul tps.
- Après LOSA → ABRT en 2 tps → si rétent² = curetage évacuateur hémostatique
- ABRT T2 → révision utérine par curetage² digital.

+ Produits d'ABRT adressés systématiquement à l'anaph. préférrable cho
+ sérum anti-D si Rh[⊖]. • Si ABRT infectieux → ATB avant geste fois qu'il est possible.

gss arrêtée (rétent² d'œuf mort) = évacuat² après déclench² aux oxytociques ou PG
+ bilan hémostase (passage thrombo plastines)

devant une mdie abortive = enquête étiologique :

- Interrogatoire + examen gle + ex gynéco.

- ex compl

- niveau 1: explorat² utérine (écho, HSC, HSC) + caryotype du couple
- " 2: explorat² immunitaire, étude hémostase, bilan hormonal, spermogramme
- " 3: étude complète de l'hémostase, étude cytogén, endométrie, ..

II) ABRT provoqués: ABRT traumatique, criminel, clandestin.

interrupt² volontaire de gsse normalement évoluée ds buts criminels. avant 6 mois

⇒ Cplct² fréquentes + redoutables ⇒ **mortalité maternelle**

+ séquelles engageant l'**avenir obstétrical et gynéco.**

infect² de l'œuf après son ouverture

↑ cplct² Hgiques.

Agents abortifs: but ⇒ rompre PDE + déclencher ut ou décollem^t de l'œuf

- **mécaniques** ← les plus efficaces, les plus sûrs, mais les plus dangereux
agissent par traumatisme ⇒ **conséq maternelles**: infect², trauma cervical, brlles neuro.
- **chimiques**: caustiques ou toxiques. ⇒ risque d'infarctus utérin, brûlures du vagin + col

Clinique: Et ABRT **fétile** str² déclarat² obligatoire

- MTR → sg rouge ou noir.
- écoulem^t du LA fétide ou purulent.
- DL pelviennes type colique expulsive.
- EG en foc² des pertes sg et l'importance de l'infect².
- **rechercher systématiquement et minutieusement les lésions associées.**
+ cplct² (infectieuses et Hgiques)
- TV pour préciser le stade ABRT: menace ou ABRT en cours.
- expulsion en atps + **réten²** est frqte, source de cplct² infectieuses + Hgiques.

Cplct²:

- **Hémorragiques** = suite à réten² partielle ou totale (CIVD).
- **infectieuses** = endométrite → salpingite A → pyosalpinx → pelvi péritonite.
Toxi-infect², tétanos.
- **phlébite pelvienne**.
- **cplct² traumatiques** = perforat² utérine ⇒ repos + poche de glace sur le ventre + ATB
plaies ou brûlures cervico-vaginales. ou chir si plaie imp.
- **infarctus utérin** ⇒ rare mais mortel si d² TRT; suite à l'utilisat² d'eau savonneuse → nécrose Hgique (TRT: Réa + hystérectomie)
- **accidents neuro**:
 - Précoces = syncope → quadriplégie, IIaire à embolie gazeuse.
 - Tardifs = thrombus veineux intra crânien

↓

crises convulsives, brlles psychiques.
- **à long terme**:
 - DL pelviennes chroniques en rapports avec les adhérences (séquelles des infect²)
 - brlles de la fonct² de reproduct²
 - rupture spont d'utérus gravide fragilisé par cicatrice de perforat²
 - séquelles psychiques (ss² de culpabilité)

CAT:

- \oplus + repos + poche de glace sur le ventre.
- bio : FNS, grpage, bilan infectieux.
- privs des écoulements vaginaux.
- sérothérapie + vaccin antitétanique.
- ATB large spectre
- apprécier la vitalité fœtale
 - ✓ \Rightarrow menace simple = améliorat³ clinique
 - X \Rightarrow peu ou ϕ améliorat³ clinique.
 - écho $\rightarrow \phi$ AC
 - β HCG $\rightarrow \downarrow$
 - le col s'ouvre \rightarrow expulsion
- \Rightarrow évaluer la vacuité + curage / curetage, après apyrexie.
- traiter les infect³ loco-régionales : rechercher l'agent abortif utilisé + rechercher germe en cause.
parfois peut aller jusqu'à chir

! Ne jamais faire des manœuvres endo-utérines en cas de F° souf si Hgüe cataclysmique.

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



LA FACULTÉ

Référence du concours de résidnat

Avis de non-responsabilité

Si vous êtes l'auteur ou le copyrights propriétaire d'un contenu sur notre site, contactez-nous sur:
facadm16@gmail.com

Tous les utilisateurs doivent savoir que l'équipe "La faculté" ne peut être responsable et condamne toute violation des droits d'auteur.

Toute utilisation lucrative sans la permission du propriétaire des droits d'auteur exposer l'utilisateur au suivi légal.



Pour télécharger plus de résumés et documents magnifiques pour résidanat d'Alger, veuillez scanner ce code avec votre application messenger et mentionner le nom du module que vous cherchez, par exemple "cardio" pour recevoir les liens de téléchargement de cardiologie. veuillez insérer un module à la fois, une fois vous recevez les liens du premier module, vous demandez un autre module (neuro, endocrino, biochimie ...)

Algies pelviennes = DL des quadrants inf de abdomen

- le motif de consultatⁱ en gynéco le plus frqt.
- interrogatoire ++
- tt DL pelvienne chez ♀ en âge procréatⁱ est une GEU jusqu'à preuve du #.

∴ Algies Â: < 6 mois.

* GEU: - MTR + DL pelviennes unilat.

- Dc: clinique + couple β HCG + écho (utérus vide, masse latéro-utérine, épancht pelvien +/- sac et E^2 échopiques)

* ABRT précoce: - T₁: MTR + DL pelviennes type colique expulsive.

- β HCG \downarrow en 48h.
- écho: expulsion du sac E^2 +/- résidus intra-utérins.

* Salpingite: - infectⁱ utérine annexielle (haute).

- DL pelviennes + F^o + leucorrhées purulentes +/- MTR
- DL à la mobilisatⁱ utérine + empâtemt DL des CDS latéro-vaginaux.
- HCG \ominus .

* Torsion d'annexe: - Torsion en gl^e sur un kyste de l'ovaire.

- Σ abdominal Â: DL brutale, intense, latéralisée avec défense abd, vmst.

urgence chir: la conservatⁱ annexielle doit être la règle ds la mesure du possible.

* Rupture Hgrique d'un kyste ovarien: DL pelvienne brutale de résolutⁱ spontanée et complète en qlo g. (raremt: tableau péritonéal brutal + état de choc)

- écho: lame liquidienne au n^o CDS Douglas + ovaires souvent nls.

⚠ Ce Dc ne peut être retenu qu'après avoir éliminé GEU.

* Hgrie intra-kystique: DL pelvienne latéralisée, brutale

- ex: DL provoquée latéro-utérine.
- TV: masse latéro-utérine douloureuse.
- Dc: écho pelvienne + endovaginale: image de kyste ovarien de contenu hétérogène (sg)
- PEC: symptomatique: antalgiques + repos
- cpletⁱ à craindre: rupture Hgrique \rightarrow risque hémopéritoine
 \downarrow
surveillance clinique + Hb.

* Torsion d'un fibrome s/séreux péliculé: rare, Dc \neq : torsion d'annexe

* nécrobiose aseptique de fibrome: frgt, favorisé par g³².

- mauvaise vascularisatⁱ du fibrome → ischémie "infarctus A du fibrome"

- tableau A: → DL intense "ischémique".

→ Σ^d toxi-infectieux (F°: 38-39° + pâleur).
fibrome ↑ volume, ramolli, très DL

- écho: image en coccarde: zone centrale de nécrose + entourée d'une couronne d'œdème.

- TRT: antalgiques + AINS puis chis si inefficacité.

∴ Algies cycliques:

* Dysménorrhée: règles DL parfois invalidante.

- Précoce: J1 réglés → I^aie → dès ménarche → engle flie+++ ou malp^e utérine.

- Tardive: > J2 → II^aie → rechercher une path gynéco s/jacente (endométriose, polype accouché par le col, déplacem^t stérilet, adénomyose, ...).

* Σ^d intermenstruel: - DL au m du cycle = contemporain à l'ovulatⁱ, du à la rupture du follicule mûr

- +/- MTR (glaires glantes)

* Σ^d prémenstruel: - Signes apparaissent qlq j avant les règles, et disparaissent au début,

- tension abdomino-pelvienne, tension mammaire, mastodynie, trls de l'humeur, migraine, ...

- TRT par des progestatifs en 2^e partie du cycle.

∴ Algies chroniques: > 6 mois:

* endométriose: - F^e jeune + DL variables: abd, lomb, sacrés, continue / intermittente

- Dysménorrhée II^aie tardive, dyspareunie profonde, infertilité, trls du cycle

- examen: utérus rétroversé, modules vidacés cervico-vaginaux de la cloison recto-vaginale masse annexielle (endométriose).

* Adénomyose: - F^e multipare en périménopause

- MTR + dysménorrhée II^aie tardive.

- examen: utérus dur, ↑ de volume ⇒ hystérogaphie et hystéroscopie

* séquelles d'inf^e génitale haute: adhérences, brides, liq intra-péritonéal

- souvent associé à dystrophie ovarienne polykystiques

- TRT: ATB, AINS.

* Σ^d Master et Allen: - déficit sévère des moyens de fixité de l'utérus + déchirure du lig^t large, imputé aux trauma obstétricaux.

- ex: mobilité ante du col par rapport au corps utérin

* Rétroversion utérine: malpositⁱ utérine, canala, réductible, DL à irradiatⁱ ante, dyspareunie

* congestⁱ pelvienne: ∅ physiologique de valves des veines du petit bassin.

* causes extra-génitales: digestives, urinaires, oséo-musculaires

* psychogènes: de délimitatⁱ.

- adénomyose: endométriose interne = présence de foyers de l'endomètre à l'intérieur du myomètre "diverticulose de l'utérus"
- surtout en péri - ménopause
 - FDR: multipare, AICD, trauma endo uté
 - ménorragies
 - Hystérogaphie: images diverticulaires⁺⁺⁺
 - Hystéroscopie: orifices de pénétration[?] glandulaires intra - myométriales, nodules bleutés / rougeux

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



LA FACULTÉ

Référence du concours de résidnat

Avis de non-responsabilité

Si vous êtes l'auteur ou le copyrights propriétaire d'un contenu sur notre site, contactez-nous sur:
facadm16@gmail.com

Tous les utilisateurs doivent savoir que l'équipe "La faculté" ne peut être responsable et condamne toute violation des droits d'auteur.

Toute utilisation lucrative sans la permission du propriétaire des droits d'auteur exposer l'utilisateur au suivi légal.



Pour télécharger plus de résumés et documents magnifiques pour résidanat d'Alger, veuillez scanner ce code avec votre application messenger et mentionner le nom du module que vous cherchez, par exemple "cardio" pour recevoir les liens de téléchargement de cardiologie. veuillez insérer un module à la fois, une fois vous recevez les liens du premier module, vous demandez un autre module (neuro, endocrino, biochimie ...)

Ménopause

- disparition définitive du cycle menstruel, suite à l'arrêt de l'activité ovarienne par épuisement du capital folliculaire ovarien.
- physiologique, survient en m vers 50 ans, confirmée après 1 an d'aménorrhée.
- elle entraîne une carence oestrogénique définitive = signes cliniques.
- la ménopause ne survient pas brutalement, elle est précédée par une période de perturbation du cycle = la périménopause → dure environ 10 ans.

• la périménopause: perturbations hormonales liées à épuisement progressif des follicules.

- ↓ ss^e aux gonadostimulines → ↑ gonadostimulines (LH + FSH⁺⁺⁺)
- ↓ sécrét^e progestérone par altération de la qualité du corps jaune = insuffisance lutéale → état d'hyperoestrogénie relative.
- ↓ progressive de sécrét^e oestradiol (E₂) → troubles de l'ovulation: cycles dysovulatoires puis anovulatoires.

* Clinique:

- Perturbation du cycle: spanioménorrhée ou #.
- ménorragie, ou métrorragie: hyperplasie de l'endomètre suite à hyperoestrogénie relative.
- Σ^d prémenstruel: prise de poids, mastodynie, troubles psych...

* TRT: - Progestatifs: 15^e - 25^e j cycle pour la PEC des méno / métrorragies.
↳ action atrophisante + effet contraceptif

• la ménopause: épuisement capital folliculaire → anovulation:

- ↓ E₂
- ↑ FSH
- l'axe des androgènes persiste
- seul oestrogène qui persiste: oestron (E₁) → aromatisé périphérique des androgènes ds tissus graisseux

* Clinique:

- ⇒ Aménorrhée définitive, ne répond pas aux tests progestatifs
- Σ^d climatérique: bouffées de chaleur
troubles neuro-psy
Prise de poids
troubles sexuels

⚠ De est clinique: 12 mois d'aménorrhée.

⇒ mammographie de dépistage bilatérale + comparative.

* Conséq de la ménopause: carence en oestrogènes.

- atrophie vulvo-vaginale + sécheresse de muq + acidification du pH vaginal → disparition de la flore saprophyte ⇒ ↑ ss^e aux infect^e.
- atrophie utérus + endomètre
- involut^e adipeuse des seins
- prise de poids: avec redistribution de la masse corporelle de type androïde.

La faculté: Référence de résidanat de médecine d'Alger

- disparité de la "protection vx" \Rightarrow risque vx rejoint celui des σ .
- ostéoporose (vertèbres, poignets \rightarrow fémur) \Rightarrow risque Fr.

* TRT hormonal de la ménopause =

THS améliore: Σ climatérique et la PEC d'ostéoporose
mais \uparrow risque K^c sein + accident cardio-vc

• Bilan pré-thérapi:

- glycémie à jeûn
- CT + HDL + TG
- mammographie.

• CI:

- ATCDs de K^c sein et endomètre
- ATCDs d'accidents thrombo-emboliques.
- FDR cardio-vc \uparrow .
- Insuff. hépatique sévère.

• modalités de prescript^o: œstrogène naturel + progestatif utilisé seulement pour le risque hyperplasie de l'endomètre et K^c endomètre

2 schémas

séquentiel =
avec règles

- œstrog.: 1^{er} \rightarrow 25^e j mois.
- Progestatif: 14^e \rightarrow 25^e j mois.

interrupt^o ds rest^e du mois

\downarrow
Hg^s de privati^o "règles".

combiné continu
 ϕ règles

prise continue de
l'œstrog + progestatif.

• surveillance: clinique+++ + mammographie.

Aménorrhée

* Aménorrhées I: ϕ de ménarche chez jeune fille > 16 ans.

↳ Démarche Dc:

- Interrogatoire: - ATCDs de TBK, maladie endocrinienne, chimiothérapie, Radiothérapie, chir petit bassin, prise médicaments (NLP)
 - âge de ménarche chez mère + sœurs
 - SF: anorexie \Rightarrow Σ^d Kallmann de Morsier. céphalées, troubles visuels \Rightarrow pathologie hypophys galactorrhée \Rightarrow hyper PRL. DL pelviennes cycliques \Rightarrow hématoocolpos, hématométrie.
 - examen clinique complet et systématique: course de croissance, signes dysmorphie (Σ^d de Turner), caractères sexuels II, signes hyperandrogénie + ex. gynéco+++
 - ex. compl:
 - si ϕ caractères sexuels II \Rightarrow Rx du poignet + main gauche (âge osseux)
 - si \emptyset " " \Rightarrow course de T°, écho pelvienne, dosage de FSH+LH+œstradiol + PRL
- autres ex: IRM hypophys, caryotype, dosage testost.

↳ Etiologies:

Aménorrhées Iatres

ϕ caractères sexuels II
 \Rightarrow déterminer âge osseux++

- Impuberté = \Rightarrow os sécamoide
- retard pubertaire = \Rightarrow ϕ sécam.

* Retard pubertaire par absence de secretⁱ (os sécamoide \emptyset)
ovarienne endocrine

\Rightarrow dosage FSH et LH

me/ \downarrow cause haute

hypogonadisme
hypogonadotrope

is cong: Σ^d Kallmann-

De Morsier (dysplasie olfacto-génitale.

Défaut de migratⁱ des neurones à GnRH des bulbes olfact \rightarrow Σ^d thalam

aux tⁱ Σ^d résistance aux androg (mutatⁱ Rpt GnRH)

Σ^d Prader-Willi.

is acquise: T^r hypoth - hypophys (craniopharyngiome+++),
adénome hypophys, lésion infiltrative (TBK, sarcoïdose, ...)

\Rightarrow soit hyper PRL (origine T^r directe ou compression tige pitui)
~ déficit gonadotrope lésionnel (envahist selloturcique)

• tt causes d'hyper PRL (hypothy sévère, NLP ...)

• causes flⁱs: anorexie++, mdⁱs chr (IR, malabsorptⁱ, ...),
hyper CTC.

• Retard pubertaire simple (ϕ sécamoide)

cause basse

is antⁱs chrom: Σ^d Turner (45X)

dysgénésie gonadique,

is acquise: chimio/Radiothérapie

(ϕ dⁱlⁱpt ovarien)

Course de T°:

- si biphasique = \exists ovulatⁱ

\downarrow
amnorrhé d'origine utérine

- si plate, monophasique =
 ϕ ovulatⁱ

\downarrow
cause

ovarienne

haute

\exists caractères sexuels II

\Rightarrow course T°

ex. gynéco+++

écho pelvienne

ϕ retard pubertaire = axe hypoth - hypophys fonctionnel
Rechercher antⁱ utéro-vaginale

La faculté: Référence de résidanat de médecine d'Alger

	<ul style="list-style-type: none"> • Anlès utéro-vaginales = course T° nle, biphasique. - imperforat° hymen (rétent° mensuelle des sds vagin = hémato-colpes ou ds cavité utérine = hémato-métrie) • SF: DL cycliques. • SP: bœnt° hymen + palpat° hémato-colpes écho confirme DC. TRT chir: incisions radiaires de l'hymen. - cloison vaginale transversale - aplasie vaginale. - Σ^d Rokitsansky-Kuster-Hauser = aplasie vaginale + utérine. +/- aplasie ou ectopie rénale unilat. • TBK prépubertaire-génitale: rare. course T° nle. \Rightarrow synéchies utérines totales (irréversibles).
<p>Signes hyper-androgénie (Hirsutisme)</p> <p>\Rightarrow Testost, SDHEA, 17-OHP</p>	<p>Hypersecrét° androgènes \Rightarrow cause ovarienne ou surrénale</p> <ul style="list-style-type: none"> • hyperplasie cong des surrénales = bloc enz complet en Δ^4 hydroxylase \rightarrow déviat° de la stéroïdogénèse vers la voie de Σ^e des androgènes. (Révélat° tardive). • Σ^d ovaires polykystiques. • causes TR: TR virilisants <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> \rightarrow TR ovaire \rightarrow ~ surrénale </div> hypertrophie Clitoris + divpt masse musc.
Ambiguïté sexuelle	<p>Σ^d insensibilité aux androgènes chez un sujet XY (pseudo-hermaphrodisme masculin) rare.</p> <p>anlie des Rept d'androgène \Rightarrow déficit d'act° ds ^{cell} tissus.</p> <p>caryotype nle, Δ testicules mais morphotype féminin ou légèrement masculinisé.</p> <p>(FSH, LH, testostéronémie \Rightarrow nle.)</p>

La faculté: Référence de résidanat de médecine d'Alger

* Aménorrhée II: ϕ règles pdt > 3 mois chez ϕ antérieurement réglée.

↳ Démarche Dc:

⚠ 1^{re} cause aménorrhée II = grossesse

- interrogatoire:
 - ATCDs gynéco + obst: accht, ABRT spont, infect^g génitale, chûr endo-utérin
 - ATCDs Familiaux de ménopause précoce, dems génétiques, MAI
 - âge ménarche + caractères du cycle
 - mode d'installat^g de l'aménorrhée; signes associés (perte pds, galactorrhée, bouffées de chaleur, hirsutisme, ...)
 - mode contracept^g, prise médic^{ts} (NLP, progestatifs, ...)
- ex. clinique complet (gynéco+++)
- ex. compl: **PHCG** plas^m, courbe de T^g, Test aux progestatifs, bilan hormonal (FSH, LH, oestradiol, PRL), échopelvienne, IRM hypophyso-hypophys.

↳ Étiologies:

Aménorrhée II

Périphérique

origine utérine

- Test progestatifs \ominus
- Courbe T^g n^{le} +/- DL cycliques
- * Écho + hystéroscopie:
 - synéchies utérines
 - sténose cicatricielle du col
 - contracept^g à base progest^g seul^{mt} (par atrophie endométr)

origine ovarienne

- * insuff ovarienne précoce: (ménopause précoce < 40ans)
 - causes: génétiques, chimio, postovariectomie
 - TRT: THS
 - Dc: signes carence oestrog (bouffées de chaleur)
 - Test progestatifs \ominus
 - courbe T^g monophasique
 - FSH, LH M, oestrog ↓
 - écho: atrophie endomètre + ϕ follicules ovariens.
- * SOPK: hyperactivité des cellules folliculaires → androg ↑
 entrée en croissance des petits follicules dysovulat^g par défaut de sélect^g + hyperinsul + insuline R.
 - Dc: 2 critères / 3:
 - anovulat^g ou dysovulat^g (spanioménorrhée → aménorrhée)
 - hyperandrogénie (cl + bio)
 - écho: ≥ 12 petits follicules de < 10 mm/ovaires en couronne
 - autres signes = obésité gynécide + signes hyperandrog: acné, hirsutisme, Σ metab (IMC↑, Diab, HTA, ...)
 - Test progestatifs \ominus

Centrale

hypophysaire

- * hyper PRL:
 - aménorrhée + galactorrhée
 - PRL > 25 ng/ml
 - adénome à PRL
 - autres T^g hypophyso-hypophys (comprime tige pituitaire)
 - médicaments (dopamine)
 - hyperPRL nn T^g
- * T^g hypophyso-hypophys:
 - (T^g tige) ↓ (Σ^g HIC)
 - insuff^g gonadotrope ou compression tige pituitaire ou destruct^g ϕ hypophyse
- * 2^{de} Sheehan: nécrose ischém de anté-hypophyse suite choc ligique = Hg de délivrance:
 - insuff^g hypophys gl^g
 - ϕ montée lactaire PP
 - ϕ retour de couche
- * hypophysite AI:
 - céphalées frontales + trls du cycle +/- galactorrhée
 - IRM: ↑ volume gl^g hypophyse + hyperdense + hétérogène

hypothalamique

- ↓ pulsatilité LH+RH
- * À post-pilule:
 - psychogène
 - sport haut-n: trls sécrét^g LH suite à ↓ import de masse graisseuse
 - Anorexie mentale

Autres causes = hypoplasie ovarienne, Σ ovaire résistants aux gonadotrophines.

Test aux progestatifs: 1^{er} intent²

- à l'état nle: phase ① du cycle → œstrogènes → proliférat² endométrie.

Phase ② → Progestérone → desquamati² endométrie déjà préparé par œstrog = règles.

- Test: progest 10j puis arrêt

Hg² privat²

∅ Hg²

↓
bonne imprégnat²
œstrogénique

↙
carence
œstrog

↘
anlie
endom²

but: évaluat² imprégnat² œstrog

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



LA FACULTÉ

Référence du concours de résidnat

Avis de non-responsabilité

Si vous êtes l'auteur ou le copyrights propriétaire d'un contenu sur notre site, contactez-nous sur:
facadm16@gmail.com

Tous les utilisateurs doivent savoir que l'équipe "La faculté" ne peut être responsable et condamne toute violation des droits d'auteur.

Toute utilisation lucrative sans la permission du propriétaire des droits d'auteur exposer l'utilisateur au suivi légal.



Pour télécharger plus de résumés et documents magnifiques pour résidanat d'Alger, veuillez scanner ce code avec votre application messenger et mentionner le nom du module que vous cherchez, par exemple "cardio" pour recevoir les liens de téléchargement de cardiologie. veuillez insérer un module à la fois, une fois vous recevez les liens du premier module, vous demandez un autre module (neuro, endocrino, biochimie ...)

Anémie et gsse

• anémie de gsse \Rightarrow Hb < 11 g/dl (T_1 et T_3) \Rightarrow hémodilution physiologique
 $< 10,5$ g/dl (T_2)

* l'anémie est forte pdt gsse

• surtt Ferriprive
 souvt pré à gsse

\Rightarrow Ferritinémie < 20 μ g/l

* \uparrow besoins en fer pdt gsse
 surtt T_2 et T_3

Dépistage systématique au T_1

• Etiologies:
 - nutrit^e: carence d'apport
 - post Hgrique: A ou chr.
 - hémolytiques.
 - insuff m

• FDR:
 - gsses multiples ou rapprochées
 - Ato
 - ATCDs A. ferriprive
 - géophagie

• Conséquences de la carence:

• maternelles:

- \downarrow Σ se myoglobine \Rightarrow fatigabilité + \downarrow capacité d'effort.
- susceptibilité aux infect².
- atteinte des phanères
- anémie microcytaire hypochrome
 $VC-M < 80$

- gsse:
- infect² répétit²
- MAP + préma.
- RPM
- RCIU
- pré-éclampsie
- dystocie dynamique au cours ut.
- \uparrow risque Hgrie délivrance.

• Dc:

↳ clinique: asthénie, palpitations, dyspnée, cheveux secs, chuttings, ongles cassants.
 SSyst anorganique

↳ bio: - Ferritine < 12 μ g

- Ferréique (Sidérimie) \downarrow

- anémie microcytaire hypochrome arégénérative

• TRT:
 - règles hygiéno-diététiques: alim^t riches en fer, la vitamine C, bo café + thé.
 - Dépistage anémie pdt gsse + suivi régulier.

- TRT substitutif peros en Fer + Folat^e: surveiller crise rétic $7-14$ μ g
 $100-200$ μ g $5-15$ μ g + déficit Hb se corrige de $1/2$ en 24j
 contrôle: FNS à 1 mois + signes d'intolérance digestive
 à donner lorsque le terme < 35 SA.

- TRT en IV (Vénofér) FNS contrôle à 10j +/- ferritinémie à 3 mois
 à donner si terme > 35 SA ou intolérance à la voie orale

Anémie du post-partum

Taux Hb $< 10 \text{ g/dL}$ dépister 48 h après accouchement.

cause: modification physiologiques + déperdition physiologique $< 500 \text{ cc}$ due à anémie

Facteurs prédisposants:

- anémie gravidique
- CSR
- utérus lent ou rapide
- gestations multiples
- délivrance pathologique
- durée efforts expuls $> 10'$
- recours à l'extraction instrumentale (forceps, ventouses)

Prévention:

- repérer les situations à haut risque
- délivrance dirigée: ocytociques
- suture rapide des déchirures périnéales
- FNS ds pp + contrôle si anémie.

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



LA FACULTÉ

Référence du concours de résidnat

Avis de non-responsabilité

Si vous êtes l'auteur ou le copyrights propriétaire d'un contenu sur notre site, contactez-nous sur:
facadm16@gmail.com

Tous les utilisateurs doivent savoir que l'équipe "La faculté" ne peut être responsable et condamne toute violation des droits d'auteur.

Toute utilisation lucrative sans la permission du propriétaire des droits d'auteur exposer l'utilisateur au suivi légal.



Pour télécharger plus de résumés et documents magnifiques pour résidanat d'Alger, veuillez scanner ce code avec votre application messenger et mentionner le nom du module que vous cherchez, par exemple "cardio" pour recevoir les liens de téléchargement de cardiologie. veuillez insérer un module à la fois, une fois vous recevez les liens du premier module, vous demandez un autre module (neuro, endocrino, biochimie ...)

Bassin obstétrical

- ceinture osseuse située entre colonne vertébrale et le M1
- constituée de 4 os : les 2 os iliaques + sacrum + coccyx.
- fait de 3 segm^{ts} : DS + excavatⁱ pelvienne + détroit inf.

segm ^{ts}	limites	Forme	diamètres
Détroit sup (DS) (antéro-sup) plan de l'engagem ^{ts}	<ul style="list-style-type: none"> en avt : bord sup de la SP en arrière : promontoire. latéralement : ligne innominée (l'axe omb-coccy) orientatⁱ : oblique en bas et en avt + \hat{A} 60° avec l'horizontale 	en cœur de carte à jouer * indice Magnin : PRP + transverse \bar{M} \rightarrow ne \geq 22 cm	<ul style="list-style-type: none"> PRP* : entre BS de SP et promontoire = 10,5 cm transverse médian : à mi-distance entre pubis et promontoire = 12,5 cm oblique DetG : 12,5 cm sacro-cotyloïdien : 9 cm
excavat ⁱ pelvienne (petit bassin) plan de la descente + rotat ⁱ	<ul style="list-style-type: none"> en avt : corps de la SP en arrière : face ant du sacrum latéralement : face interne de l'os iliaque + relief des épines sciatiques. 	tron de tore rétréciss ^{ts} à union 2/3 sup + 1/3 inf : saillie des épines sciatiques = détroit \bar{M}	bi-épineux = bisquatique : 10-11 cm
détroit inf (DI) (post-inf) plan de dégagem ^{ts}	<ul style="list-style-type: none"> en avt : BI de la SP en arrière : sommet du coccyx (pté) latéralement : A\rightarrow Arr : BI des branches ischio-pub BI des tubérosités ischiatiques lig^{ts} sacro-tubéreux 	losangique à grd axe ant-post 2 plans séparés par ligne bi-ischiat périnée ant + post	<ul style="list-style-type: none"> diamètre bi-ischiatique* : 11-12 cm

(* = mesuré cliniquement)

* intérêt : bassin = principal obstacle que le fœtus doit franchir lors de l'accouchement par voie basse \rightarrow il doit être perméable.

* Examen du bassin doit être effectué au cours du 3^e trimestre gsse.

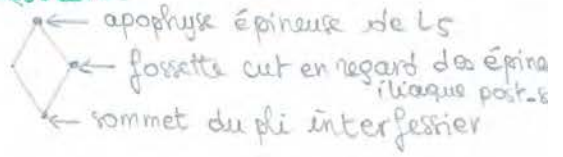
① interrogatoire : ATCDs médicaux, chir, obstétricaux évoquant antie bassin :

- âge marche + dentitⁱ
- ATCDs TBK, rachitisme, ostéomyélite, ostéomalacie, ostéoporose.
- LCH
- trauma M1, colonne vertébrale : âge survenue, TRT, immobilisatⁱ, séquelle bassin
- Parité, modalité accouch^{ts}, pds des NNés, ATCDs dystocie, mort du trava

La faculté: Référence de résidanat de médecine d'Alger

- ② Inspect²: - mesure de la taille ($< 1,5$ m), peinture des chaussures
- morphologie: scoliose, gibbosité, claudicat²; longueur des 2 MI

③ Pelvimétrie ext:

- diamètre pré-Pubien de Trillat: distance entre les 2 plis inguinaux au n² du bord sup de la SP = 12 - 13 cm
est la base d'un triangle dont les 2 côtés formés par les 2 plis inguinaux, le triangle est isocèle.
- losange de Michaelis: patiente debout
 - hauteur → 10 - 12 cm
 - transversale → 10 cm
- bi-ischiatique: Technique de Tarnier:
♀ posit² gynécologique, 2 pouces appliqués sur face interne des ischion
→ distance entre les 2 pouces + 2 cm (parties molles) = 11 cm

④ Pelvimétrie interne: TV explorateur

♀ en posit² gynécologique

- concavité sacrée palpée de bas en haut, le promontoire ne doit pas être atteint
- mesure du PRP.
- suivi ou non des lignes innominées
- étude de l'arc ant du bassin
- face post du pubis: hauteur + forme
- ogive pubienne + mesure du bi-ischiatique.

* les explorat² Rx:

- ↳ indicat²: - ATCDs accouch² dystocique, trauma pelvien, rachitisme
- malformat² hanche, colonne vertébrale, MI
- anli² ex. clinique
- présentat² anle.
- Radiopelvimétrie
- pelvimétrie par scannographie
- IRM

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



LA FACULTÉ

Référence du concours de résidnat

Avis de non-responsabilité

Si vous êtes l'auteur ou le copyrights propriétaire d'un contenu sur notre site, contactez-nous sur:
facadm16@gmail.com

Tous les utilisateurs doivent savoir que l'équipe "La faculté" ne peut être responsable et condamne toute violation des droits d'auteur.

Toute utilisation lucrative sans la permission du propriétaire des droits d'auteur exposer l'utilisateur au suivi légal.



Pour télécharger plus de résumés et documents magnifiques pour résidanat d'Alger, veuillez scanner ce code avec votre application messenger et mentionner le nom du module que vous cherchez, par exemple "cardio" pour recevoir les liens de téléchargement de cardiologie. veuillez insérer un module à la fois, une fois vous recevez les liens du premier module, vous demandez un autre module (neuro, endocrino, biochimie ...)

CU nles + anlies

seuil de viabilité fœtus = 285

- **CU**: force motrice permettant la format² du segm^t inf
sevrant des 20SA
 - dilatati² du col
 - progression du fœtus ds bassin + son expulsion
- la contract² de la ϕ musculaire lisse résulte de la mise en jeu des prot d'actine et de myosine grâce à :

- ions Na^+ , K^+ , Ca^{++} mobilisé par PG
- oxytocine élaborée par post-hypoph

- CU sont :
 - involontaires
 - intermittents + rythmés
 entre les CU, l'utérus se relâche.

- progressives = ds durée + intensité :

↳ au début U : 1CU / 15-20' dure 15-20 sec

↳ puis : 1CU / 2-3' durant 30-45 sec.

- DL : abd + pelvienne

lombaires ds variétés post \Rightarrow les plus pénibles.

- totales : intéressent tt l'utérus.

- visibles et palpables.

• **Etude clinique des CU** :

- au cours de gse : contract² intense + frqs + faible
- fin gse : deviennent DL + irrégulières

- **à l'examen** :
 - le corps utérin devient plus cylindrique, dur empêchant de percevoir les parties fœtales et BCF.
 - après contract², l'utérus se relâche et on perçoit de nouveau les parties fœtales

\Rightarrow la palpat² permet d'apprécier l'intensité + durée des CU + relâchemt

• **examens paracliniques** : enregistremt à l'électrocardiobocographie :

- ascen² rapide
- descente plus longue avec rebour au tonus de base
- phase de repos entre les 2 CU.



• **amplitude variable** :

- début U \rightarrow 30-40 mm Hg
- milieu U \rightarrow 50-60 mm Hg
- fin U \rightarrow 80 mm Hg

les effets des CU:

sur le SI:

- SI formé à partir de l'isthme utérin au cours du 3^e trimestre.
situé entre col et fond utérin = zone amincie du corps utérin.
- les forces développées par le corps utérin sont transmises et dirigées **concentriquement** vers le col grâce au SI.

• T3 → SI moule le pôle inf du fœtus (la présentatⁱ)
+ aminciss^t + étiremt = **ampliatⁱ**.

TV = paroi mince, lisse, moulant la présentatⁱ fœtale

* SI bien amplié, souple ⇒ conditⁱ d'une bonne adaptatⁱ fœto-maternelle

sur le pôle inf: 2 entités imp pour la dilatatⁱ → PDE
 PDE: partie des mb du pôle inf de l'œuf, située en regard de la présentatⁱ fœtale.
 Pour la PDE: nle → plate, peu saillante.
 au mom^t des contractⁱ → tendue, bombante. + ↑ P^o liq amniotiq

Pour la présentatⁱ:
 les CU préparent le mobil fœtal à l'expulsion en faisant intervenir des phénomènes **mécaniques + dynamiques**.
 Primipare: la présentatⁱ descend ds bassin en fin gsse.
 multipare: ~ reste haute pdt gsse + dilatatⁱ elle ne s'engage que pour l'expulsion

sur le col: maturatⁱ du col

- nle: tonique + fermé pdt tt gsse
- avt travail = maturatⁱ = ramollissmt pour permettre aux CU de dilater le col

Effacement du col: sl'effet CU → col se raccourcit progressivemt + s'efface et s'incorpore au SI.

Dilatatⁱ: ouverture circulaire du col passant de 1 → 10 cm (dilatatⁱ complète)
 pdt → 7-10 h = primipare
 → 3-6 h = multipare

Primipare → effacement puis dilatatⁱ.
 multipare → effacement et dilatatⁱ en m^êtps

3 conditⁱ pour la dilatatⁱ du col:

- col mûr: court, souple, mou.
- SI amplié
- CU efficace

au cours de l'expulsion: CU ↑ intensité + frq ⇒ **acmé**

au cours de la délivrance: CU nn DL, 15-20' après ↑ → rétractⁱ utérine + expulsioⁿ du placenta

⚠ les phases de la dilatation:

- * au début U = perte du bouchon muqueux puis
CU régulières ($> 2 \text{ CU} / 10'$), rythmées, intensité et force \uparrow
et modification du col.
- * phase de latence = effacement + début de dilatation jusqu'à 3 cm
durée $\rightarrow 7 \text{ h}$ chez primi
 $\rightarrow 5 \text{ h}$ ~ multi
si période $\uparrow \Rightarrow$ dystocie de démarrage
- * phase active =
 - \rightarrow accélération progressive (jusqu'à 4-5 cm)
 - \rightarrow pente max = dilatation linéaire rapide: 4 \rightarrow 9 cm
 - \rightarrow décélération = pente \downarrow : 9 \rightarrow 10 cm

Régulation de la CU:

- * Régulation nerveuse =
 - sympathique = modulateur du tonus corporel
 - // symp = " " cervical
 - inhibiteurs calciques, β_2 mim (Salbutamol), β bloq (Atlocardyl)
 $\Rightarrow \ominus \text{CU}$.
- * Régulation hormonale =
 - œstrogènes: \uparrow contractilité et excitabilité de la fml
 - progestérone: \ominus contractilité + \uparrow tonus du col.
- * Régulation médicamenteuse =
 - \hookrightarrow médicaments qui $\uparrow \text{CU}$:
 - $\rightarrow \uparrow$ amplitude CU: oxytocine, PG, O_2 , sérum glucose
 - \hookrightarrow tonus de base: anesthésie générale, doloral, antispasmodiques
 - \hookrightarrow médicaments qui $\downarrow \text{CU}$: progestérone, β mim (Tocolytiques), anti PG (indométacine), inhibiteurs Ca^{2+} (Laxen*)

anlès des CU:

anlès contractilité:

- hypocinésie: insuffisance CU, d'intensité ou de fréquence ou les 2 (inertie utérine)
- hypercinésie: CU excessive ($>5\text{CU}/10'$ ou $>80\text{mmHg}$ ou les 2)

anlès tonus: hypertonie: tonus de base $> 20\text{ mmHg}$, utérus se relâche mal ou pas

anlès de coordination: anlès contractile ou fibrillat^é utérine: CU irrégulière ds tps, variable ds amplitude et fréquence

Hypocinésie: ↓ intensité, durée, fréquence des CU.

- ds hypocinésie d'intensité: P^é amniotique reste basse
- " " de fréquence: 1CU chq 10' seulement → Pblème de durée du U

* conséq → maternelles = fatigue, ↑ forceps et ventouses
fœtales = ↑ durée du U, ↑ risque infectieux, liq amniot teinté
anlès RCF, ↓ PH $< 7,25$, SFA (apgar < 6)

* CAT: - Prévent^é: déambulat^é, stat^é debout

- rompre les mb si dilat^é $> 3\text{ cm}$ si sont intacts → favorise sollicitat^é du col
→ accélère dilat^é
- Perfusion d'ocytocine.

après perfusion

- si ∅ progression = DFP = césarienne.
- si ∅ engagem^t = syntocinon* + APD
 - posit^é 1/2 assise + cuisses sur bassin
 - attendre 1-2 h si ∅ SFA
 - si ∅ engagem^t après 2 h → césarienne.
- si ∅ descente: Synto*
 - attendre 2 h si ∅ SFA.
 - Forceps ou césarienne selon la hauteur.

Hypercinésie: ↑ intensité, durée, fréquence.

↳ fréquence = Tachysystolie: $>5\text{CU}/10'$

↳ intensité = hypersystolie: $>80\text{ mmHg}$

↳ globale = les 2

* conséq → maternelles: fatigue, acidose métabolique.
fœtales: hypoxie, acidose, altérat^é RCF (SFA)

- en cas hypertonie + hypercinésie → évoquer DFP ou DPPNI
perturbent les échanges fœto-placentaires + risque SFA et RU
↓
TRT immédiat.

- * CAT: - arrêt de la perfusion oxytocine
- administrat² de β mim (1/5 amp Salbutamol en IV)

Si HRP ou DFP = césarienne.

Etude clinique des anties CV

Dystocie de démarrage = antie CV au cours de la 1^e phase de dilat²:

- chez primipare
- CV régulières, bonne intensité, DL + irradiat² post lombo-sacrée "accouche par les reins"
- 7 agité.
- TV: col dur, épais, SI mal formé, la dilat² ne dépasse pas 2-3 cm
- Dc \neq : faux W.

- * CAT:
- Col long, rigide, < 2 cm + RCF nle + mb intacts
 - ⇒ sédatifs IM: Périidine (Dolosal*), hydroxysine (Atarax*) 1 amp, Salbutamol suppo
 - + examiner 2 h après, si idem = faux travail.
 - Col effacé, souple, > 2 cm (Bishop > 6)
 - ⇒ perfusion oxytocine + APD (analgésie péridurale)
 - RAM des CV / 2-3'

! Faux travail: début des CV sans dilat² col, pas d'évolut² de la présentat² puis arrêt les CV disparaissent s/antispasmod.

Au cours de la phase de dilat²:

Prolongem^t de la phase de latence:

- > 20 h chez primipare
 - > 14 h chez multipare
- } ⇒ épuisem^t

Rq: Wnle dure

- Primi 12 h → 8 h latence + 4 h phase active.
- multi 8 h → 5 h latence + 3 h phase active.

Dilat² traînante: vitesse de dilat² < 1

- 1,2 cm / h chez primi.
- 1,5 cm / h chez multi

Dilat² stationnaire: arrêt secondaire de la dilat² au bout de 2-4 h

se méfier d'une antie mécanique si survient après 4 cm de dilat².

⇒ œdème + épaississ^t du col et plus tardivement Σ^d de Schiklé: dystocie cervicale + format² d'un anneau cervical rigide, de l'intervalle des CV; orifice cervical comme cerclé par fil de fer.

- * CAT:
- éliminer une cause mécanique.
 - RPM + antispasmodique +/- perfusion oxytocine
 - si échec (1 h min) → césarienne

Pendant l'expulsion:

Dystocie dynamique par défaut de CU:

- multi → myomètre déficient.
- primi → épuisé après 1^{er} long.

* CAT: \rightarrow si ϕ SFA = perfusion synth*
 \rightarrow si \exists SFA = Forceps de dégagement

Dystocie dynamique par excès de CU: anxié de la mécanique obstétricale
DFP, défaut de rotat² cordon court \Rightarrow surveiller le dégagement + protéger le périnée.

Pendant la délivrance:

Inertie utérine: plus forte chez grde multipare, surdistent² utérine en usage excessif d'ocytocine.
 \downarrow
H₂ délivrance +/- rétent² placentaire

* CAT: - délivrance artificielle / révision utérine, massage utérin
- ocytocine.

Hypertonie utérine: rare utérus gros, dur après expulsion du fœtus.

* Act² mécaniques des CU:

- ampliat² du SI
- progression du mobile fœtal
- effacement + dilatation du col
- format² de la PDE
- expulsion fœtus + annexes
- rétract² utérine ds post-partum

Etiologie:

- ↳ neurovégétative: & agité
- ↳ iatrogènes: rupture intempestive de PDE, ocytociques, myorelaxants
- ↳ utérines: malformat², myomes, utérus cicatriciel, infecté, distendu, sténose cervicale après conisation
- ↳ obstacles Praevia: Kyste de l'ovaire, bassin rétréci.
- ↳ causes ovulaires: P dystocique, macrosomie, cordon court, G-G

utérus = muscle creux
3 parties: = moteur de l'accouchement

* corps: partie puissante, muscle creux = myomètre.
3 couches: ext longitudinale, int circulaire, entre les 2 plexus.
* segmt inf: se développe à partir de l'isthme le T₃

* col: ouverture = accouchement
3 propriétés: élastique + tonique + contractile

il faut respecter l'intégrité de la PDE car:

- rôle protecteur du fœtus contre le risque infectieux
- rôle protecteur contre les traumas
- rôle favorisant la dilatation du col

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



LA FACULTÉ

Référence du concours de résidnat

Avis de non-responsabilité

Si vous êtes l'auteur ou le copyrights propriétaire d'un contenu sur notre site, contactez-nous sur:
facadm16@gmail.com

Tous les utilisateurs doivent savoir que l'équipe "La faculté" ne peut être responsable et condamne toute violation des droits d'auteur.

Toute utilisation lucrative sans la permission du propriétaire des droits d'auteur exposer l'utilisateur au suivi légal.



Pour télécharger plus de résumés et documents magnifiques pour résidanat d'Alger, veuillez scanner ce code avec votre application messenger et mentionner le nom du module que vous cherchez, par exemple "cardio" pour recevoir les liens de téléchargement de cardiologie. veuillez insérer un module à la fois, une fois vous recevez les liens du premier module, vous demandez un autre module (neuro, endocrino, biochimie ...)

Dc et suivi de gss

① Dc clinique:

◦ interrogatoire: • aménorrhée chez ♀ bien réglée (DDR)

Dc ≠ : - âges extrêmes → ménopause chez ♀ âgée.
→ jeune fille: cycles anovulatoires (immaturité axe Hypothalmo-hyp.

- pathologies endocriniennes (hypothyroïdie, prolactinémie...)
- " " organique (TBC génitale, dysgénésie ovarienne...)
(TR, prise NLP)
(kyste)

! une gss peut saigner = menace ABRT, GEU, gss molaire, PP.

• signes sympathiques = ^{inest} disparaissent normalement fin T1.
↳ digestifs: nausées, vomissements, vertige, perte goût, pyrosis,
Δ² appétit, hypersialorrhée, constipation, perversion du goût, ...
↳ nerveux: émotivité, irritabilité, fatigue, somnolence, dégoût
↳ urinaires: pollakiurie, urgencye, ...

◦ examen clinique:

- perte / gain de Pds, ss² de ballonnement, ↑ T° basale (plateau T°)
- seins:
 - ↑ volume de la glde mammaire.
 - peau fine + visibilité du réseau veineux de Haller.
 - ↑ pigmentat² de l'aréole + bombement (verre de montre)
 - tubercules de Montgomery.
- hyperpigmentat² généralisée:
 - ligne brune de l'abdomen
 - OGE (lèvres)
 - masque de gss

◦ examen gynécologique:

- vulve pigmentée, gonflée + suintement lacteux (leucorrhée)
- au spéculum: col bleu violacé, long, fermé ! 2^e situat² au col violacé, contracept².
- TV:
 - col ramolli (utérus globuleux)
 - signe de Noble: bombement des CBS latéraux suite à ↑ V² utérus.
 - signe de Hegar: TV + palpé abd = les 2 doigts se rencontrent suite au ramollissement de l'utérus.
- utérus taille mandarine à 6SA
- " " orange à 8-10SA
- " " pamplemousse à 12SA
- utérus atteint mandarine à 4 mois et 1/2

② De paraclinique:

- Dosage HCG $\uparrow\uparrow$ (urinaire + plasmatique).
- Écho obstétricale: \rightarrow confirmer Dc
 \rightarrow dater gsse **!!!** \rightarrow sac vitellin visible 5-6^e SA.
 \rightarrow E^c visible vers 8^e SA.
 \rightarrow BCF décelables vers 7^e-9^e SA.
 \rightarrow éliminer: GEU, kyste de l'ovaire, fibrome, ...
 \rightarrow plus tard \rightarrow morphogramme.

③ Modificat² physiologiques chez ♀ enceinte:

- * T[°]: T₁: plateau $> 37^{\circ}\text{C}$, fin gsse: tendance à l'hypot[°].
- * pds: gain de pds normalement = 12 kg pdt tt gsse.
- * resp: \uparrow besoins en O₂ + \uparrow FR.
- * cardio-va: TA \downarrow au début de gsse (\downarrow RAS) puis retrouve sa valeur nle en fin gsse.
 $\bullet \uparrow$ volume des 3^e mois + \uparrow Qc + \uparrow FC + \uparrow VES
 \bullet œdèmes, angiomes stellaires, varices
- * digestives: $\bullet \downarrow$ tonus du sphincter < de déglutition? \Rightarrow Pyrosis + Reflux.
 \bullet ouverture A de Hiss + \uparrow P^c gastrique
- * urinaires: $\bullet \uparrow$ taille + pds reins + dilatati² pyélo-coliculaire.
 $\bullet \uparrow$ FG + clearance de créat.
- * bio: - \uparrow volume plasmatique + hémodiluti² \Rightarrow Hb 11g/l, Hte 32%
- hyperleucocytose physiologique
- \uparrow risque thrombo-embolique
- \uparrow VS, \uparrow Fg Δ ds Σ^{Δ} infl: VS aucun intérêt pdt gsse \rightarrow CRP
- \uparrow TG, \uparrow CT, \uparrow PAL, \uparrow D-dimères
- \downarrow prot, \downarrow alb, \downarrow urée, \downarrow créat
- \downarrow glycémie + \uparrow sécrét² insuline + \uparrow résistance à l'insuline

④ Comment dater une gsse:

① DDR (SA) \rightarrow pour avoir âge gestationnel = SA - 2sem.

gsse nle: 27oj = 38 - 42 SA.

② écho obstétricale précoce = aut 14^e SA: mesure LCC \Rightarrow certitude 100

La faculté: Référence de résidanat de médecine d'Alger

⑤ suivi d'une gsse nle: autotal $\begin{cases} 3 \text{ consult}^2 \\ 3 \text{ écho} \end{cases}$

1^{er} consult: avant 14^{ème} SA - buts:

- confirmer gsse.
- déterminer le terme.
- " FDR de gsse pathologique.

* examen clinique:

- rechercher ATCDs faisant craindre FDR de gsse path: HTA, diabète, ...
- examen gle.

* bio:

- groupage sg phénotypé + Rh + recherche RAI si Rh-
- FNS
- urée/créat
- TP
- TSH
- BU
- sérologie: Toxo, VIH, rubéole, HBV, Syphilis

⚠ ECBU systématique chez ♀ diab, car IU asympt

* conseil hygiéno-diététique:

- arrêt tabac/alcool.
- ϕ auto-médicat^{ion}.
- prévenir^l listériose (ϕ fromages non pasteurisés, viande bien cuite)
+ Toxo (ϕ contact avec chats, ϕ jardinage).
- alimentat^{ion} bien équilibrée.
- activité sportive adaptée.

1^{er} écho: avant 14^{ème} SA "de datat^{ion}"
 ≈ 12 SA

- confirmer gsse + la dater précisement = mesure LCC. + mesure d'axe nucale (pour dépister anomalies chrom)
- compter nbre E^2 + localiser E^2 + évaluer vitalité + étude annexes.

2^{ème} consult: 1^{er} 4^{ème} mois

- examen gle: pds, TA, ...
- BU
- auscultat^{ion} BDF + percept^{ion} MAF (dès 20 SA)
- hauteur utérine
- palpat^{ion} abd

nle = âge gestationnel en SA - 4
max 28cm (à 32 SA elle reste stable)

2^{ème} écho: \approx à 22 SA "morphologique"

- étude morphologique complète du fœtus
- mesure des biométries: BIP, LF, PA, CC
- étude de la vitalité
- " des annexes (posit^{ion} du placenta, qtt du lig amn)

La faculté: Référence de résidanat de médecine d'Alger

3^e consult.: 1^{er} 9^e mois. \Rightarrow déterminer Pc obstétrical = mode d'accouchement

- ex gle + BU + BCF + MAF + contract^u utérines

- ex du bassin obstétrical

- TV: apprécier col + Présentat^u

Refaire sérologie toxo si \ominus

\hookrightarrow (Préparat^u: marche, progestérone, rapport sex-)

3^e écho: à la 32^e SA "de croissance"

- posit^u du fœtus + sa vitalité

- estimat^u du pds

- études des annexes (placenta + qtt liq amniotique)

- ⚠
- compléter systématiquement en T₁ en acide folique
 - si AFCDS eclampsie \Rightarrow après T₁ en fer
 - Xylo- nn adrénales si extract^u dentaire.

• hauteur utérine insuffisante:

- erreur de terme

- RCIU

- oligamnios

- arrêt gsse (MIU)

• hauteur utérine excessive:

- erreur de terme

- gsse multiple

- macrosomie fœtale

- hydramnios

- utérus fibromateux.

• gsse évolutive précoce < 55As
HCG dble / 48h.

• ABRT spont précoce:

HCG chute à 48h.

• GEU: HCG stagne ou \uparrow peu.

* faux \oplus HCG: protéinurie, hématurie, prise de certains médicaments: BZO, NLP,...

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



LA FACULTÉ

Référence du concours de résidnat

Avis de non-responsabilité

Si vous êtes l'auteur ou le copyrights propriétaire d'un contenu sur notre site, contactez-nous sur:
facadm16@gmail.com

Tous les utilisateurs doivent savoir que l'équipe "La faculté" ne peut être responsable et condamne toute violation des droits d'auteur.

Toute utilisation lucrative sans la permission du propriétaire des droits d'auteur exposer l'utilisateur au suivi légal.



Pour télécharger plus de résumés et documents magnifiques pour résidanat d'Alger, veuillez scanner ce code avec votre application messenger et mentionner le nom du module que vous cherchez, par exemple "cardio" pour recevoir les liens de téléchargement de cardiologie. veuillez insérer un module à la fois, une fois vous recevez les liens du premier module, vous demandez un autre module (neuro, endocrino, biochimie ...)

Diabète et gsse

G-HR

- 2 cas de figure
 - diabète pré à la gsse
 - nécessité d'un \Rightarrow glycémique anté + périconceptionnel
 - Risque malformatif.
 - diabète gestationnel: brèves de la tolérance glucidique diagnostiquée pour la 1^{re} fois pdt gsse. débutant ou diagnostiquée pdt gsse

Physiopath: durant gsse, il y a modifⁱ hormonales physiologiques =

- hyperinsulinisme: par actⁱ trophique des œstrogènes + progest sur les β langerhans.
- insulinorésistance à partir T2 (\downarrow tolérance au glucose) \rightarrow \uparrow besoins en insuline.
- sucre traverse placenta \neq insuline
donc hyperglycémie maternelle \rightarrow hyperglycémie fœtale \rightarrow hyperinsulinisme fœtal
- \downarrow seuil de réabsorptⁱ rénale du glucose \rightarrow glycosurie physio pdt gsse.

⚠ la gsse est diabétogène à partir de 24SA.

DB = dysfonctⁱ β = incapables d'adapter réponse sécrétice d'insuline aux besoins tissulaires (T2 \Rightarrow insulino-résist)

Diabète pré gestationnel:

DT1

DT2

\Rightarrow incidence \uparrow

\Rightarrow âge maternel \uparrow , obésité.

Risques de la gsse chez la diabétique:

\hookrightarrow maternels =

- instabilité métabolique:

- T1 \rightarrow hypoglycémie de jeûne
- T2 \rightarrow \downarrow insulinoss (il faut \uparrow doses insuline)
- T3 \rightarrow instabilité glycémique + \uparrow risque acidose
- Délivrance \rightarrow \downarrow de 30% besoins insuline

Risque hypoglyc

- cplctⁱ dégénérative: aggravatⁱ les cplctⁱ de microangiopathie

o rétinopathie: RD proliférative CI maintient de gsse

o néphropathie \rightarrow risque HTA, risque PE + CSR

si \uparrow macroprotéinurie $> 300\text{mg}/24\text{h}$ compliquée

d'HTA \Rightarrow gsse CI du fœt risque détérioratⁱ rénale

o coronaropathie: CI gsse

- infectⁱ: IU \uparrow \Rightarrow asymptomatique + risque d'acidose

- hydramnios: lié à la macrosomie + malⁱ

- MAL: suite aux infectⁱ + hydramnios

\hookrightarrow fœtales =

- les malⁱ: hyperglycémie maternelle est néfaste pour l'ogénèse, organogénèse, croissance, vitalité fœtale - tt organe concerné surtt cardio-va.

o card: CIA, CIV, PCA, transpositⁱ des gros vx.

o neuro: Spina bifida, HDC, anencéphalie.

o digest: atésie du grêle, imperfⁱ anale.

o agénésie rénale, polykystose rénale

ces malⁱ sont d'origine des ABRT précoces + mortalité néonate

- SF:

- macrosomie: \uparrow liée à hyperinsulinisme fœtal
cplctⁱ: hypertrophie du SIV, dystocie de épaules

- hypotrophie: si mère présente une autre vx ou néphropathie

- Préma: \uparrow morbidité.

- MIU: liée à: désordres métab, malⁱ létale, macrosomie, état vx maternel.

- ABRT spont précoces: sidés pdt organogénèse.

La faculté: Référence de résidanat de médecine d'Alger

Les plet² néonatales:

- hypoglycémie: glycémie $< 0,3 \text{ g/l}$ \Rightarrow dépend de la qualité de \approx pdt 2^e 1/2 gsse + achi
 - hypoCa: calcémie $< 70 \text{ mg/l}$
 - hyperbilirubinémie, polyglobulie, hyperviscosité sg
 - détresse resp: par retard de maturité pulm (surfactant)
indis mlt hyalines suite à hyperinsul + préma
 - myo cardiopathie transitoire.
- à long terme \Rightarrow défic², diabète T₁ ou 2 à l'ado +/- troubles dvlpt psycho-mot.

• PEC du projet de g^{ss}:

- G^{ss} programmée \Rightarrow bon équilibre pré-conceptionnel
 - \rightarrow DT₁: X^e nbre inject² / pompe à insuline \Rightarrow HbA_{1c} $< 6,5\%$
 - \rightarrow DT₂: arrêt hypoglyc oraux + insulinothérapie \Rightarrow HbA_{1c} $< 6\%$ + renforcer diététiq + activité physiq
- évaluer le risque médical de la g^{ss} = bilan avant g^{ss}.
 - \rightarrow Fond d'œil / angiographie: si RD prolif \rightarrow laser.
 - \rightarrow Fonct² rénale (recherche Malb²ie, clairance créat)
 - \rightarrow état coronarien (ECG, EE, TA)
- suivi régulier chez diabéto pdt g^{ss} + auto-surveillance (dextro p3@² pdt journée + BO)
 \downarrow
cétonurie?
- insulinothérapie: 3 inject² 10: 8h - 12h - 20h \Rightarrow 0,5 - 1 UI/Kg.
par fois schémas basal-bolus: idem + NPH à 22h

objectifs glycémiques = à jeun $< 0,95 \text{ g/l}$, post-prand $< 1,2 \text{ g/l}$

- régime alimentaire: 1600 - 1800 kcal/j. (3 repas + 2 collat²)
- surveillance paraclinique: HbA_{1c} (fructosamine si HbA_{1c} perturbé)
 - Fonct² rénale: urée, créat, protéinurie des 24h, ECBU
 - refaie FO à 6 + 8 mois.
 - ECG si besoin

* PEC par l'obstétricien: 1 consult² / 15 j.

- \rightarrow T₁:
 - \rightarrow déterminer age de gsse par écho précoce + programmer accoucht.
 - \rightarrow bilan état lésionnel (dégénératives) + Pc fœtal
 - \rightarrow apprécier la qualité du contrôle glycémique.
 - \rightarrow rechercher les autres fact de risque de gsse.

- \rightarrow après T₁:
 - \rightarrow dépistage des mal² fœtales: écho à 20 et 32SA = surveiller croissance + dépister une macrosomie (circonférence abd) +/- écho à 38SA (pds fœtal)
 - \rightarrow dépistage des plet²: HTA (éviter Bb \Rightarrow hypoglyc fœtale)
MAP (" " + AINS, donner inhib² Ca)
si CTC \Rightarrow \uparrow doses insuline
infect², néphropathie + consult anesth systém T₃

en cas Néphropath \rightarrow Pc fœtal
Fonct² de l'3 \rightarrow HTA
 \rightarrow IR

La faculté: Référence de résidanat de médecine d'Alger

↳ dépister une SF : 2 ERF / sem entre 32-34 SA, au delà = 4J/2
• score de Manning (1 fois / sem)
• courbe MAF +++

→ \oplus en cas de cplct²: HTA, MAP, mauvais \Rightarrow .

→ accht⁺⁺⁺: le mom^t dépend du bien-être maternel et fœtal.

si bon \Rightarrow + ϕ cplct²
↓
g^{ss2} à terme: 38-39SA

si SF ou cplct² maternelles
(PE, aggravat² de néphropath)
↓
accht⁺ préma.

* la voie d'accht

dystocie des épaules:
accident redoutable +
imprévisible

→ basse si:

↳ diabète bien \Rightarrow
↳ bonnes condit² obslèt
↳ fœtus eutrophique
monitoring F.M + surveillance glycémie / h
insulinothérapie en IV (m² voie haute)

→ haute:

↳ en 1^{re} intent²: si cplct² associées: utérus cicatriciel, AFD, de perte fœtale, 2nd vx, macrosomie
↳ en 2^{de} intent²: si SFA au cours ut, anlie partogramme

→ PP: PEC du NNÉ en néonate

- ↓ besoins en insuline \Rightarrow chq dose / 2.
- maintenir perf glycose² jusqu'à reprise alimentat² + transit si CSR.
- allaitement conseillé. (hypoglycémiant oraux CI en cas allaitem^t)

→ contracept²: doit être efficace + ϕ effets péjoratifs sur métabolisme vx.

- méthode locaux. choix souvent difficile + limité.
- estro-progest CI
- micro-progestatifs seule contracept² hormonale autorisée.
- DIU +++
- discuter ligature de trompes après 3-4 gsses.

Diabète gestationnel:

- FDR:
- âge maternel ≥ 35 ans
 - surcharge pondérale: $IMC \geq 25 \text{ Kg/m}^2$.
 - ATCDs familiaux de DT2 chez apparentés au 1^{er} degré.
 - ATCDs personnel de DG, macrosomie chez un enf.^r.
 - ethnique.
- si \exists au moins 1 FDR \Rightarrow dépister systématiquement DG.

Dépistage du DG au T1 (glycémie à jeun)

\downarrow

- $\geq 1,26 \Rightarrow$ DT2 pré \exists
- $\geq 0,92$ et $< 1,26 \Rightarrow$ DG

 PEC thérap précoce

\downarrow
 $< 0,92 \text{ g/l}$

Repaire dépistage entre 24-28 SA
 HG-PO, prise 75g de sucre per os
 + contrôle glycémie H1 et H2
 DG+ $\begin{cases} \text{à jeun} \geq 0,92 \\ H1 \geq 1,80 \\ H2 \geq 1,53 \end{cases}$
 une valeur suffit

complic^{ts} du DG:

maternelles:

- Risque PE
 - risque infectieux: IU+++
 - compl^{ts} obst liés à la macrosomie (trauma de la filière génitale, U long, RGR, surdistent^{ts} utérine)
- \downarrow
Risque Hg^{ts} délivrance

à long terme \Rightarrow Σ métab, DT2

fœtales:

- risque malp^{ts} faible car DG apparaît au delà de la période d'organogénèse
- macrosomie + hydramnios: compl^{ts}: dystocie épaules, paralysie du plexus brachial, DFP, anoxie
Hydramnios \rightarrow risq acc^{ht} préma
- MIV
- MAP.

Néonatales:

- hypoglycémie néon^{ts}
- détresse resp
- cardiomyopath hyper troph
- hyperb^{ts}linv
- ic^{te}re néon^{ts}.

PEC: multidisciplinaire:

- diabète: idem. insulinothérapie d'emblée si glycémie à jeun $\geq 1,3 \text{ g/l}$.
- diététique: 50% glucides, 3 repas + 3 collat^{ts}, \downarrow nat^{ts} si obésité, 1600-2000 Kcal/j, activité physique
- surveiller risque PE: uricémie, protéinurie + TA
- contrôle des biométries fœtales = 8^e mois \Rightarrow déclencher acc^{ht} si macrosomie (péim ds 39 SA abs $> 360 \text{ mm}$)
+ score Manning (bien être fœtal) + qtt LA
- si diabète = voie basse, acc^{ht} avant terme si compl^{ts}: PE, RCIU, SF (CTC III)
CSR si pds $> 4500 \text{ g}$ \Rightarrow nécessite analgésie péridurale !!!
- en PP \rightarrow surveiller glycémie à distance: cycles glyc + HGPO 3 mois PP
 \downarrow après arrêt insulinothérapie après acc^{ht}

- Hypoglycémie néonatale :

Hyperglycémie maternelle



hyperinsulinisme fœtal

naissance = clampage cordon

hyperinsulinisme persiste,

alors que l'apport en sucre
est interrompu.

- macrosomie = diamètre
bisacromial $>$ BIP.

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



LA FACULTÉ

Référence du concours de résidnat

Avis de non-responsabilité

Si vous êtes l'auteur ou le copyrights propriétaire d'un contenu sur notre site, contactez-nous sur:
facadm16@gmail.com

Tous les utilisateurs doivent savoir que l'équipe "La faculté" ne peut être responsable et condamne toute violation des droits d'auteur.

Toute utilisation lucrative sans la permission du propriétaire des droits d'auteur exposer l'utilisateur au suivi légal.



Pour télécharger plus de résumés et documents magnifiques pour résidanat d'Alger, veuillez scanner ce code avec votre application messenger et mentionner le nom du module que vous cherchez, par exemple "cardio" pour recevoir les liens de téléchargement de cardiologie. veuillez insérer un module à la fois, une fois vous recevez les liens du premier module, vous demandez un autre module (neuro, endocrino, biochimie ...)

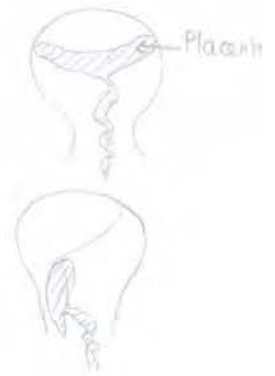
Examen du délivre

*¹⁸ **Délivrance** = expulsion du placenta + annexes hors des voies génitales.
3^e et dernier tps de l'accouchement. **Délai nle**: 30' après accouchement
Période redoutable = risque Hgrie + Pc vital de la mère.

→ 3 phases =
→ **décollement**: clivage entre couche compacte et spongieuse.
→ **expulsion**: hématome physiologique.
→ **hémostase**: **rétract² utérine**: ligature vivante de Pinard + globe utérin
+ **thrombose physiologique** (clou plaquettaire)

Modes de la délivrance:

- **mode beauvergue⁺⁺**: placenta étant fundique
c'est la face **fœtale** qui se présente en 1^{er} à la vulve.
- **mode Duncan⁺**: placenta bas inséré ou marginal
c'est la face **maternelle** qui se présente en 1^{er} à la vulve.



qld **définiti²**:

- * **délivrance spontanée**: faite sans aucune intervent²
- * **maternelle**: l'accoucheur intervient au mom^t de **l'expulsion** du délivre:
une main saisit le cordon - sans tract² - pour diriger la sortie du placenta.
l'autre main empoume le fond utérin puis déplisse le SI.
- * **Dirigée**: si inject² **oxytocine** pour aider décollement + expulsion du délivre.
- * **artificielle**: si intervent² manuelle de l'accoucheur: la main **décalle** puis **extraie** le délivre.

Dc du **décollement placentaire**:

- apparit² de métrorragie + déroulement du cordon à la vulve.
 - P² utérine sus-pulsienne en déplissant SI ne fait pas remonter cordon.
- ⚠ **site cordon remonte** = le placenta est encore adhérent

⚠ **qté de sg du délivre nle** = 300-500 cc.

- le délivre :**
- organe d'échange entre f et fœtus de type hémochorial
 - rôle :
 - échange nutritionnel + protect² du fœtus
 - sécrét² hormonale pdt gsse :
 - unité anatomique: cotylédon
 - unité histologiques villonte choriale.

Examen du délivre: examen macroscopique des annexes fœtales = placenta + mb + cordon
fait par l'accoucheur
acte médico-légal.

- ⇒ intérêt :**
- vérifier l'intégrité du placenta + mb. (placenta incomplet rétenti² placentaire: rétention utérine)
 - expliquer qlq SFC :
 - mœd² du cordon
 - sénescence placentaire précoce.
 - abcès = infect²
 - constater les anli² : petit côté des mb, insert² basse du placen
 - expliquer qlq accidents survenus au cours de gsse / accouch² : ABRT, MIU, RCIU, ...
 - orienter TRT de mère + (E) : ex : HRP → Aspirine lors gsses ultérieures

Technique :

- immédiatement après délivrance.
- inspect² gle, pesée, sect², étude histo / bactério selon le cas

- le placenta :**
- masse charnue discordale
 - $\phi = 20\text{ cm}$, épaisseur au centre: 2-3 cm
au bord: 4 mm
 - Pds = 500 g (1/6 pds fœtus)
 - 2 faces :
 - fœtale : lisse, luisante, bleutée, vx visibles, cordon au centre
 - maternelle : rugueuse, rouge charnue, plz cotylédons contigus séparés par des sillons +/- profonds
 - 1 bord circulaire continuant avec les mb.

- les mb :**
- lisses, avasculaires, transparents
 - 2 feuillets
 - ext → chorion
 - int → amnios

- cordon ombilical :**
- tige arrondie, bordue en spirale, blanchâtre, luisante
 - 2 artères + 1 veine, recouvertes de la gelée de Wharton.
 - longueur: 50 cm, diamètre 1,5 cm.

* Anlès du placenta:

① anlès de la forme:

- rétiniforme = en fer à cheval = anlès du dvlpt des vx utéro-placentaires.
- placenta duplex = bilobé = coupé en 2 masses séparés par un pont membraneux du aux synéchies + cloisons utérines.
- Cotylédon accessoire ou aberrant.
- élmts manquants - mb déchiquetée, cotylédon manquant → après délivrance, une rétenti^o du cotylédon aberrant provoque une Hg^{ie} de délivrance → révision utérine systématique

② anlès de pds:

- hypotrophie: petit pds de naissance, RCIU, HTA gravidique
- hypertrophie: diabète maternel, iso-immunisation Rh +/- avec anasarque F

③ anlès de siège:

- en surface: placenta praevia.
- en profondeur: placenta accretio.

④ anlès de la plaque basale (face utérine):

- calcifié: semis jaunâtres
soit $\begin{cases} \text{L} \neq \text{significat}^{\text{e}} \text{ pathologique} & \text{si placenta mature à terme.} \\ \text{L} \approx & \text{encas de sénescence placentaire précoce.} \end{cases}$
- cupule centrale ou périphérique: en rapport avec HRP.

⑤ anlès à la tranche de sect^e:

- infarctus placentaire: nécrose Hgique d'1/pl3 lobules placentaires contigus, situés au contact du caduque basale.
au début rouge sombre → brun → blanc lorsque les sg se lyse.
- abcès: multiples, blanchâtres, consistance molle, II à infect^é.
- hydrops: anasarque placentaire.
- T^r placentaire: $\begin{cases} \text{B: Kyste, chorioangiome, tératome} \\ \text{M: chorio-carcinome.} \end{cases}$

anlie des mb

- anlie d'insert²: plaque chorale plus petite que la plaque basale
c'est le **placenta circumvallata** + risque **RPM**.
- anlie de longueur: petit coté des mb < 10cm cause: insert² basse de placenta
- anlie couleur: **verdâtre**: SFA
jaunâtre: SFC, iso-immunisation² Rh
rouge: Hg de Benkiser
mb épaisses sales: chorio-amnionite.
- anlie de contenu: - cotylédon aberrant.
- insertion vélamenteuse du cordon

anlie du cordon

- anlie d'insert²: - para centrale
- en raquette.
- vélamenteuse: le cordon débute sur les mb, à 2cm du bord placentaire.
- anlie de longueur: - court < 30 cm = **brévété absolue**.
- long > 70 cm → risque de procidence, circulaire, **brévété relative (bretelle)**
- anlie de diamètre: - maigre: $\phi < 1\text{cm}$ → engle ds RCUV
- gras: $\phi > 2\text{cm}$ → engle **macrosomie**, anasarque
- anliés vx: artère ombilicale unique.
- T^r: Kyste, hémangiome, tératome.
- anlie mécanique et point² vicieuse: - moeud du CO.
- circulaire et bretelle du CO.
- procidence, procubitus, latérocidence du CO.

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



LA FACULTÉ

Référence du concours de résidnat

Avis de non-responsabilité

Si vous êtes l'auteur ou le copyrights propriétaire d'un contenu sur notre site, contactez-nous sur:
facadm16@gmail.com

Tous les utilisateurs doivent savoir que l'équipe "La faculté" ne peut être responsable et condamne toute violation des droits d'auteur.

Toute utilisation lucrative sans la permission du propriétaire des droits d'auteur exposer l'utilisateur au suivi légal.



Pour télécharger plus de résumés et documents magnifiques pour résidanat d'Alger, veuillez scanner ce code avec votre application messenger et mentionner le nom du module que vous cherchez, par exemple "cardio" pour recevoir les liens de téléchargement de cardiologie. veuillez insérer un module à la fois, une fois vous recevez les liens du premier module, vous demandez un autre module (neuro, endocrino, biochimie ...)

Fibromes utérins

myome = léiomyome, léiomyomatose, fibromyome.

- Tr^{benignes} les plus fr^{quents} de l'appareil génital féminin
- Tr^{benignes}, bien limités, encapsulés, vascularisés, développés à partir du muscle utérin, constitués de tissu musculaire lisse utérin + tissu fibreux (masse dure +/- arrondie, taille variable) myallongé, entouré de fibres collagènes + pseudo-capsule.
- Tr^{estrogéno-dépendants} = facteur favorisants: l'hyperestrogénie
- souvent multiples = utérus poly myomateux.
- Facteur ethnique: race noire: dvlpt fibrome à âge plus jeune et taille @ grde
- développ^t au cours de la vie génitale (30-50ans) + régression après ménopause sauf si THS.
en âge de procréat^{ion}

• Facteurs favorisants: terrain favorisants = hyperestrogénie.

- ATCDs familiaux (prédisposit^{ion} familiale) - obésité
- 1^{re} règles < 12ans - multiparité ou infertilité

• Facteurs protecteurs:

- gsse et parité
- contracept^{if} orale
- Tabac (effet anti-estrogénique)

• Localisat^{ion}:

↳ au n^{iveau} de l'utérus:

• Sur le corps utérin: ++

- * fibrome interstitiel ou intra mural: dvlpt ds l'épaisseur du myomètre qu'il va déformer
⇒ aspect d'utérus bosselé
⇒ entraîne des ménorragies par hyperplasie endométriale associée.
- * fibrome s/ muqueux ou endo cavitaire: se développe s/ endomètre, il fait saillie ds la cavité utérine, base d'implantat^{ion} très large
⇒ entraîne ménorragies + métrorragies (d'origine mécanique = abrasion de l'endomètre)
⇒ 3 types
 0: intra cavitaire pur.
 1: plus grd diamètre ds cavité utérine.
 2: " " " paroi "

! Fibrome intra-cavitaire = il est pédiculé.
il peut être accouché par le col
⇒ entraîne plutôt des métrorragies d'origine mécanique.

- * fibrome s/ séreux: dvlpt à l'extérieur de l'utérus, sous la séreuse peut être pédiculé ou sessile (base d'implantat^{ion} large)
⇒ ϕ de tiges du cycle = asymptomatique
⇒ Torsion possible autour du pédicule.

La faculté: Référence de résidanat de médecine d'Alger

- Sur l'isthme
- Sur le col

↳ intra-ligamentaire: ex: ligts ronds.

↳ fibromes de l'ovaire: rares.

Le Dc:

- le plus souvent asymptomatique
- trbles menstruels:
 - ménorragies⁺⁺⁺: règles trop abondantes et prolongées.
 - métrorragies.

↳ les ménométrorragies sont dues à:

- modificat[°] de la cavité utérine → altérat[°] contractilité du myomètre
↳ ϕ hémostase
- endométrie très épaisse (hyperplasie) due à l'hyperœstrogénie.
- \uparrow surface saignante (fibrome déforme paroi utérine).
- insuffisance lutéale (hyperœstrogénie = rupture d'éq entre 2 hormones)
- traumatique = érosion vx par le fibrome. (hyperœstrogénie relative)

- ss[°] de pesanteur pelvienne.

- troubles urinaires si fibrome ant (compression vésicale): pollakiurie, incontinence d'effort.
- \uparrow progressive et indolore du volume de l'abdomen.

à l'examen:

- TV: Tr régulière, ferme, non élastique, indolore, lisse ou bosselée, volume variable
Tr solidaire de l'utérus: les mvt qui lui sont imprimés sont transmis au col et inversement.

! examen des seins⁺⁺⁺

Les examens compl:

- écho⁺⁺⁺⁺: - confirme Dc: Tr solide, légèrement hypoéchogène, \uparrow volume utérus + déformat[°] de ses contours + déviat[°] de la ligne de vacuité utérine.
- précise nbre, siège, taille des fibromes.
- hystérosonographie: (écho après remplissage cavité utérine par sérum salé) pour préciser le dével endo cavitaire.
- hystéroggraphie: (après inject[°] de produit de contraste) m intérêt (ϕ indicat[°] hors contexte infertilité associé)
- hystérocopie Dc
- IRM: intérêt ds cartographie des lésions avant geste chir + éliminer Dc \neq avec les autres masses.

! Rechercher anémie par carence martiale.

Les cplct⁺

① Cplct⁺ Hgiques⁺⁺⁺:

- Hgies génitales: surtt pour fibromes s/muqueux (dés hormonal, hyperplasie endo mtrie)
- Anémie ferriprive
exceptionnellement Hgic intra péritonéale ds autis localisat⁺.

② Cplct⁺ mécaniques:

- compression lente de la vessie⁺ (Pollakiurie, dysurie)
(thrombose ou œdème des MI, rarement phlébite), veines pelviennes (nerveuse (sciatalgies))
- Torsion d'un fibrome s/séreux pédiculé: tableau A: DL abdominale violente, brutale avec défense +/- vomst + perte conscience.
- accoucht d'un fibrome pédiculé + coliques expulsives.

③ nécrobiose aseptique⁺⁺⁺ principale cause de DL en cas de fibrome.

- favorisée par gse: mauvaise vx du fibrome → ischémie "infarctus A du fibrome"
- tableau A = 3 signes
 - DL intense
 - Z^d tox - infectieux + F° 38-39° et pâleur.
 - fibrome ↑ V⁺, ramolli, très DL+/- métrorragies noirâtes
- Écho: image en coque: zone centrale hyperéchogène = nécrose entourée d'une couronne d'œdème.
- TRT médical: - H⁺ + repos au lit, vessie de glace sur le ventre, antalgiques
 - AINS (sigse etc)
 - +/- ATB prophylactique (Amoxicilline): risque de surinf⁺ de nécrose

④ Cplct⁺ gravidiques: associat⁺ gse - fibrome n'entraîne aucune cplct⁺.

- infertilité + ABRT à répétit⁺ (fibrome s/muqueux⁺⁺⁺), MAP
- localisat⁺ praevia gênant l'accoucht par voie basse.
- présentat⁺ dystocique si fibrome volumineux
- Hgic de la délivrance liée à mauvaise rétract⁺ utérine.
- insert⁺ placentaire sur fibrome

⚠ Risque de dégénérescence en sarcome très exceptionnel.

⚠ aucun geste chir (myomectomie) n'est autorisé au cours de gse ou CSR (risque Hgic cataclysmique)

TRT:

- Fibrome asymptomatique: aucun TRT
- Fibrome interstitiel entraînant des cplct[°] Hgiques = TRT médical:
 - * progestatifs: act[°] atrophiante pour ↓ hyperplasie endométriale responsable Hg[°]
φ ↓ volume du fibrome. (Surgestone[®])
 - prescript[°] → 15^e → 25^e j du cycle.
 - 5^e → 25^e j du cycle si effet contraceptif est souhaitable.
- * agonistes LHRH: castrat[°] médicale réversible
 - intérêt: ↓ volume du fibrome + saignements.
 - indiqué en cas de volume trop important +/- anémie sévère.
ou en préop pour faciliter la technique opératoire après l'U[°].
 - durée limitée < 6 mois Décapeptyl[®]
- fibrome intra cavitair ou s/muqueux < 4cm avec cplct[°] Hgiques:
 - * TRT chir d'emblé ^{conservateur}: 2 possibilités thérapeutiques:
 - myomectomie (par laparotomie ou coelioscopie).
 - hystéroscopie opératoire
- utérus polymyomateux + φ désir gsse: TRT chir radical: hystérectomie totale.

+ TRT martial.

l'embolisat[°]: obstruct[°] vx fibrome par inject[°] de particules s/contrôle Rx.

- but: nécrose du fibrome.
- indicat[°] → visée thérap → TRT isolé (pour éviter chir)
→ visée préop → pour ↓ saignement perop.
- inconvénient: DL post-embolisat[°]

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



LA FACULTÉ

Référence du concours de résidnat

Avis de non-responsabilité

Si vous êtes l'auteur ou le copyrights propriétaire d'un contenu sur notre site, contactez-nous sur:
facadm16@gmail.com

Tous les utilisateurs doivent savoir que l'équipe "La faculté" ne peut être responsable et condamne toute violation des droits d'auteur.

Toute utilisation lucrative sans la permission du propriétaire des droits d'auteur exposer l'utilisateur au suivi légal.



Pour télécharger plus de résumés et documents magnifiques pour résidanat d'Alger, veuillez scanner ce code avec votre application messenger et mentionner le nom du module que vous cherchez, par exemple "cardio" pour recevoir les liens de téléchargement de cardiologie. veuillez insérer un module à la fois, une fois vous recevez les liens du premier module, vous demandez un autre module (neuro, endocrino, biochimie ...)

GEU

Hg₁₂ du T₁ ⇒ urgence

c'est l'implantatⁱ de l'œuf en dehors de la cavité utérine.

Pc vital maternel ⇒ rupture tubaire → hémopéritoine → choc hypovol^u.
+ compromet la fertilité de la ♀.

Pathogénie:

* Rappel physiologique: devenir nle de l'œuf fécondé

- fécondat² au n² 1/3 externe de la trompe.
- l'œuf fécondé arrive à l'utérus en 3-4j. ^{direct}
la zone pellucide avasculaire empêche contact avec la muqueuse tubaire
- elle reste libre ds cavité utérine 2-3j.
- J6 post ovulatoire = nidat² de l'œuf quelque soit l'endroit où il se trouve
- J10 → sécrét² βHCG.

• condit² du transport tubaire:

- activité des ϕ ciliées du pavillon rabattant l'œuf vers l'ostium
- liq tubaire (transudat² vx) + ϕ épithéliales ⇒ contre-courant gênant la progression de l'œuf
- péristaltisme (activité musculaire de la trompe + méso salpinx):
 - ↳ fibres longitudinales ⇒ progression
 - ↳ " circulaires (ischémique) ⇒ constric² annulaire = sphincter
 - ↳ " méso salpinx ⇒ mvts pendulaires

* Étiopathogénie GEU: 3 théories:

• Retard de la captat² ovulaire: fécondat² au n² cavité péritonéale
↓
nidat² avant l'arrivée ds la cavité utérine.

• Retard de transport de l'œuf: = limitat² de la mobilité tubaire
- par adhérence ou fibrose de la paroi tubaire (équivalente d'infect²)
- déciliat² de la muqueuse.
- synéchies intra-tubaires
- autres: diverticule congénitale, crypte glandulaire d'endométriase, fibrome, kyste.

• Reflux tubaire: suite à perturbat² hormonale

La faculté: Référence de résidanat de médecine d'Alger

FDR:

Et pathologie ou ATCDs altérant la qualité des trompes

ralentissement de la progression de l'œuf ds les trompes

- les infect²: Salpingite à chlamydia trachomatis (séquelle = sténose)
- tabagisme: ↓ activité contractile des trompes
- endométriose tubaire
- TBK génitale.
- chir tubaire, chir abdomino-pelvienne (adhérences)
- contracept² hormonale: pilule micro-dosée (microprogestatifs ralentissent la motilité tubaire sans inhiber l'ovulat².
- DIU: empêche la nidat² mais pas la fécondat².
- exposit² in utero au diéthylstilbène.
- ATCDs GEU

• FIU

• inducteurs de ovulat² (Clomid)

port² élastique + large ⇒ évolut² plus longue.

78% ampullaire

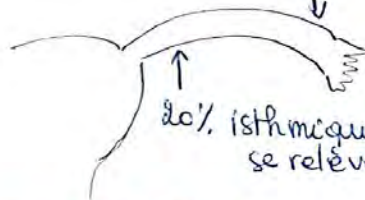
98% ⇒ tubaire.

Reste: abdom, ovarienne

évolut² lente, parfois jusqu'au terme.

20% isthmique se relèvent précocement.

localisat²:



Histoire naturelle de la GEU:

Nidat² ectopique → Dvlpt de la gse

Hématosalpinx
= accumul² du sg ds la trompe

distension progressive de la trompe + érosion des vx tubaires

Rupture tubaire

plz mécanismes: dilatat² massive due à l'hématosalpinx
→ envahiss² de la paroi tubaire par trophoblaste

↓
hémopéritoine

→ choc hypovol → **décès**

! exceptionnell²:

ABRT tubo-abd: expulsion de l'œuf par l'orifice tubaire ds la cavité abdomino-pelv

Dc⊕:

Trepied = { - clinique: retard des règles + DL + métrorragies (Sépiques) ^{brun minime}
- Dosage qtt B-HCG plasmatique
- écho pelvienne (endovaginale) ^{↑ pelvienne: pesanteur vers OGE, unilat.}

- SP: - parfois la patiente est en choc hypovolémique. (rupture)
- palpat² abd: DL provoquée au n² FID ou hypogastre (parfois signes irritat² péritoine).
- Spéculum: col viduée gravidique + saignem² endo-utérin.
- TV: utérus petit que le voudrait le terme théorique.
• masse latéro-utérine sensible et indépendante de l'utérus; mal limitée: "petite chose de mander"

La faculté: Référence de résidanat de médecine d'Alger

⚠️ Taux β HCG : si $\ominus \Rightarrow$ élimine GEG. $(+) > 1100 \text{ UI}$

Cinétique β HCG : à 48h stagnat² ou \uparrow insuffisante.

écho endovaginale \rightarrow signes directs :

• masse annexielle (latéro-utérine) faite de :

- sac gestationnel : \oplus + vésicule vitelline + activité cardiaque visible.

- hématosalpinx : hétérogène sur axe de la trompe

\rightarrow signes indirects :

- vacuité utérine

- épanch^t du cul de sac de Douglas.

- endométrie épaisse graine.

TRT:

but : \rightarrow agir avant rupture
 \rightarrow Préserver Pc maternel si rupture
 \rightarrow préserver la fertilité maternelle autant que possible.

① abstent² thérapeutique :
guérison spontanée

Indicat² :

- patiente pauci-sympt
- masse $< 3 \text{ cm}$
- GEU non évolutive
- β HCG $< 1000 \text{ UI}$
- \downarrow spontané des β HCG.

② TRT médical :

but : lyse chimique de la g^{se}.

Méthotrexate : antagoniste de l'ac. folique.

- en IM : 1 mg/kg à J0, J2, J4, J6.

Effets II :

- myélotoxicité
- hépatotoxicité
- conjonctivite, cystite, diarrhée, cytolysse, ...

Indicat² :

- GEU pauci sympt
- GEU non visible à l'écho.
- GEU non évolutive ;
activité cardiaque \ominus ,
 β HCG $< 5000 \text{ UI}$,
hémopéritoine $< 100 \text{ ml}$.
- ϕ CI au méthotrexate.

③ TRT chir :

- 2 méthodes \rightarrow coelioscopie
 \rightarrow laparotomie

- 2 alternatives thérapeutiques :

\hookrightarrow TRT conservateur : Salpingotomie : $\left\{ \begin{array}{l} \text{GEU non rompue} \\ \text{\& jeune} \\ \text{trompe contralat \& ou path} \end{array} \right.$
ouverture de la trompe + aspirat² de g^{se}

\hookrightarrow TRT radical : Salpingectomie : $\left\{ \begin{array}{l} \text{\& multipare ou \& désir g^{se}} \\ \text{trompe endommagée} \\ \text{trompe contralat saine} \end{array} \right.$
ablat² de la trompe

Indicat² :

- GEU évolutive
- GEU hétérotopique.
- récédive hémolcat de GEU
- rupture GEU (R_{éa} + boîlette péritonéale +

TRT préventif \Rightarrow lutter contre FDR (IST +++)

Surveillance:

- β HCG \rightarrow \downarrow jusqu'à \ominus (si TAT méd, TAT chir conserv, absentent²)
- si RR \ominus \rightarrow serum anti D.

Dc \neq :

- * aut rupture :
 - ABRT spont
 - salpingite
 - kyste de l'ovaire
 - torsion d'annexe
- * GEU rompue :
 - ovulat² Hgique
 - rupture kyste fonc¹ ovaire
 - rupture rate ou ux abd

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



LA FACULTÉ

Référence du concours de résidnat

Avis de non-responsabilité

Si vous êtes l'auteur ou le copyrights propriétaire d'un contenu sur notre site, contactez-nous sur:
facadm16@gmail.com

Tous les utilisateurs doivent savoir que l'équipe "La faculté" ne peut être responsable et condamne toute violation des droits d'auteur.

Toute utilisation lucrative sans la permission du propriétaire des droits d'auteur exposer l'utilisateur au suivi légal.



Pour télécharger plus de résumés et documents magnifiques pour résidanat d'Alger, veuillez scanner ce code avec votre application messenger et mentionner le nom du module que vous cherchez, par exemple "cardio" pour recevoir les liens de téléchargement de cardiologie. veuillez insérer un module à la fois, une fois vous recevez les liens du premier module, vous demandez un autre module (neuro, endocrino, biochimie ...)

G^{ss}e prolongée

= GHR → mortalité + morbidité néonatale

- g^{ss}e nle = 280j = 40SA + 3j. { $\geq 41SA \rightarrow$ g^{ss}e prolongée
 $\geq 42SA \rightarrow$ dépassement de terme
 (avant 37SA → Préma)

- situat^o assez frqte = 15 - 20%.

Facteurs favorisants,

- Hétnie: race blanche.
- mécaniques: DFP = défaut de Σ du col par le pôle fœtal.
- métaboliques: résistance anle du col → anle de sa maturat^o en fin g^{ss}e, perturbat^o du rapport œstro^g / progest^o, ↓ PG, ↓ oxytocine
- anencéphalie, hydrocéphalie
- ATCDs de DDT

Physiopath:

DDT = placenta post mature (senescence placentaire) { \rightarrow dépôts calciques
 dégénérescence + ↓ perfusion des villosités

+ oligamnios

↳ Compression du cordon

↓
 ↓ altérat^o des échanges materno-fœtaux
 souffrance fœtale voir MIU

Cplct^o:

* Fœtales: ↑ mortalité + morbidité

o Σ de post-maturité:

- mensurat^o > nle
- peau sèche, craquelée + fissures aux p^{ts} flexion
- ϕ vernix
- desquamati^o large de la peau.
- cheveux + ongles longs.
- aspect fripé des mains.

o macrosomie (périmétrie abdominale ++)

o RCIU (après ↓ échanges M-F)

o mortalité périnatale, MIU

o asphyxie néonat + inhalat^o méconiale in utero.

o hypot^o, hypoglycémie, hypoCa.

o inhalat^o du méconium + cplct^o resp.

o De: élmt clé \Rightarrow dater correctem^t la g^{ss}e:

* maternelles: (H)^o + césarienne

o trauma obstétrical lié aux manœuvres lors W + accouch^t si \exists macrosomie

o lésions périnéales

o Hg^o du PP, chorioamnionite, endométrite

o ↑ taux de césarienne + cplct^o postop

- échoprécoc à 12SA + mesure de LCC

- DDR si ϕ mormoreglée, cycle 28j.

- HAF \rightarrow primi \rightarrow 18SA
 multi \rightarrow 16SA

- échot2 + biométrie (BIP, LF)

La faculté: Référence de résidanat de médecine d'Alger

• Elmts de surveillance: à partir de la 40SA / 48h (ERCF + qtté LA)

• MAF: selon méthode de Sadovsky: compter MAF pdt 1h à 3 reprise / j
seuil d'alarme $< 3 \text{ MAF/h}$

• ERCF: Chq 48h à partir de la 40SA → conséq: compression fœtale pdt ut

• hauteur utérine: si ↓ → oligamnios (suite à ↓ durées fœtale) antrie RCF
suite à hypoxie

• écho obstétricale: évaluer: MAF, mts resp, qtté du liq amn, bonus, activité cardiaque (score de Manning)
+ doppler → flux ombilical (rechercher altérat² des échanges MF)
mesure la plus grde citerne $> 2 \text{ cm}$

⚠ Score de Manning: ≥ 8 nie
écho aux 30'
critères au dessous
4-6 ⇒ risque asphyxie
 < 4 ⇒ asphyxie

Test aux ocytociques: étudier la répercussion des CU (provoqués pas les ocytociques) sur le RCF → rechercher souffrance fœtale.

• amnioscopie → rechercher aspect LA (dépister infect²)

• CAT: surveillance attentive + maturat² du col

• le déclenchement de l'accouchement (DAU): proposé entre 41-42SA + 6j.

- il sera en fonct² de:

- condit² locales (score de Bishop)
- cicatrice utérine
- Parité
- IMC
- âge
- condit² fœtales

col ++
↓
bon Bishop → DAV
↓
mauvais Bishop → césariennu

- méthodes: • décollem^t des mb = ↓ durée de gsse → 7 entre ds W ds la semaine qui suit

• ocytocine: au delà de 40SA (efficace m sur col défavorable)

• PG: mais risque d'hypercinésie, hypertonie → antrie RCF
CT sur utérus cicatriciel

• moyens physiques: marche, rapports sexuels.

• PEC du NNÉ: +++ surtt si LA méconial (infect²)

Elmts de Dc de maturité fœtale: (éliminer Prémj)

- BIP $> 92 \text{ mm}$

- Placenta grade III de Grannium (à l'écho)

- Pt d'ossificat²

↳ Todd (tibial sup) = 37SA

↳ Bédard (fémoral inf) = 33SA

- amniocentèse: rapport

lecithine/sphingomyéline > 2 à 3

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



LA FACULTÉ

Référence du concours de résidnat

Avis de non-responsabilité

Si vous êtes l'auteur ou le copyrights propriétaire d'un contenu sur notre site, contactez-nous sur:
facadm16@gmail.com

Tous les utilisateurs doivent savoir que l'équipe "La faculté" ne peut être responsable et condamne toute violation des droits d'auteur.

Toute utilisation lucrative sans la permission du propriétaire des droits d'auteur exposer l'utilisateur au suivi légal.



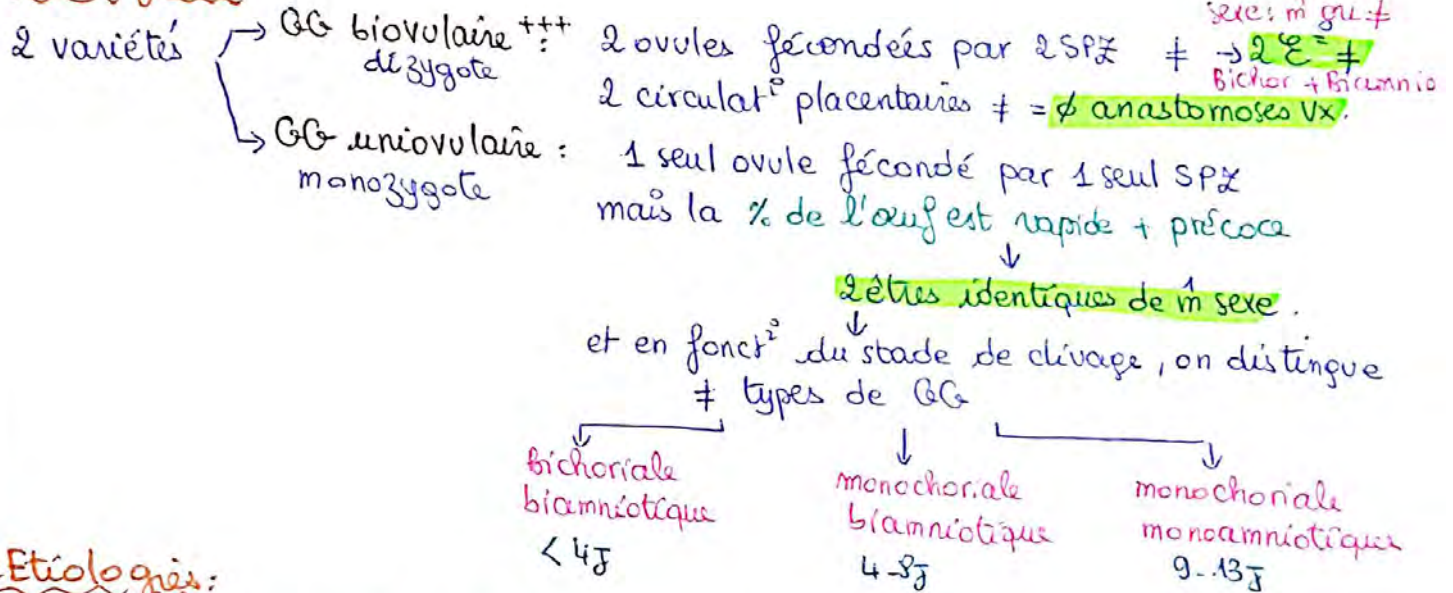
Pour télécharger plus de résumés et documents magnifiques pour résidanat d'Alger, veuillez scanner ce code avec votre application messenger et mentionner le nom du module que vous cherchez, par exemple "cardio" pour recevoir les liens de téléchargement de cardiologie. veuillez insérer un module à la fois, une fois vous recevez les liens du premier module, vous demandez un autre module (neuro, endocrino, biochimie ...)

Gsses multiples

dble GHR !!! (risques pdt gsse + accouché)

- c'est le développement simultané de plz fœtus ds la cavité utérine.
- gsse **gemellaire** = 2 fœtus \Rightarrow c'est la plus frqte et la plus eubaique des gsses multiples

Pathogénie:



Etiologies:

- GG dizygote : ponte multiovulaire due à un dérèglement hormonal : excès FSH
- Influencée par
 - Facteurs génétiques : hérédité.
 - éthnie : Nigeria.
 - \uparrow avec l'âge
 - AMP.
- GG monozygote : clivage \rightarrow hérédité
- autres théories.

Clinique:

- Interrogatoire : gemellité ds côté maternel, mor^t stérilité
- signes sympathiques exagérés
- MAF exagérés.
- inspectⁱ : axe de l'utérus, gros utérus, aspect de la peau.
- palpatⁱ : palpatⁱ de 3 pôles fœtaux (rarement 4 pôles), gênée par hydramnios
- auscultatⁱ : 2 foyers de BCF \neq .
- TV : cel déhiscant + ampliati précoce du SI

Ex. compl:

- β HCG $\uparrow\uparrow$ (dc \neq môle hydatiforme)
- écho. Dc \oplus des SSA (2 SGIU), plus bards 2 $\mathcal{E} \neq$ + 2 AC
- Rx du contenu utérin : T3 ou W

La faculté: Référence de résidanat de médecine d'Alger

∴ DC:

T₁: môle hydatiforme, gsse + associat².

T₂, T₃: macrosomie, hydramnios.

∴ Cplct¹:

- ABRT précoce ou tardif

- MAP

- cplct¹ ♀ = Σ^d vasculo-rénal

• inf²

• anémie

• insuff veineuse

• mortalité

- cplct² fœtale:

• mort d'1 jumeau.

• Préma

• RCIU

• PP

• iso immun

• malp², jumeaux conjoints (si clivage > 50%)

• mortalité

∴ accouch¹:

Résacienne:

- macrosomie

- P² transverse en siège J₁

- PP

- SFC en A

- dystocie dynamique irréductible

Voie basse:

4 étapes:

① accouch¹ du J₁:

- dystocie dynamique fœtale: anlie CU, anlie dilatat²

- mauvaise accommodation F-P: fœtus petit.

- risque RPM + précocité du cordon.

- dégagement en CS: versinage du fœtus empêche sa rotation en avant

② Rémission clinique: 3d → disparit² CU

- vérifier P², possibilité de faire des manœuvres.

- risque SFA si 2 circulat² vx commune

③ accouch¹ du J₂: en dehors des P² irrégulières (épaule)

- rupture PDE puis accouch¹ plus aisé.

④ délivrance:

- en 1 seul tps, si placenta énorme débordant si

risque Hg² de délivrance
- risque d'inertie par surdistent² + rétent² placenta parantéq
ex du délivr¹ + + + +

(Cas particuliers): ds GG monoamniotique:

..accrochage des mentons: lors accouch¹ tête dernière du J₁, le J₂ étant enlète
⇒ risque de: $\begin{cases} \text{mort des 2 fœtus} \\ \text{rupture utérine} \end{cases}$

- enroulement des cordons: risque SF et mort des 2 fœtus

- Frères Siamois: risque de rupture utérine lors accouch¹ par voie basse.

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



LA FACULTÉ

Référence du concours de résidnat

Avis de non-responsabilité

Si vous êtes l'auteur ou le copyrights propriétaire d'un contenu sur notre site, contactez-nous sur:
facadm16@gmail.com

Tous les utilisateurs doivent savoir que l'équipe "La faculté" ne peut être responsable et condamne toute violation des droits d'auteur.

Toute utilisation lucrative sans la permission du propriétaire des droits d'auteur exposer l'utilisateur au suivi légal.



Pour télécharger plus de résumés et documents magnifiques pour résidanat d'Alger, veuillez scanner ce code avec votre application messenger et mentionner le nom du module que vous cherchez, par exemple "cardio" pour recevoir les liens de téléchargement de cardiologie. veuillez insérer un module à la fois, une fois vous recevez les liens du premier module, vous demandez un autre module (neuro, endocrino, biochimie ...)

Anapath

Pathologies du col

- Col = partie basse de l'utérus + project^é ds vagin (ds partie haute)
- histologiquement: 2 types d'épithélium =
 - épithélium malpighien non kératinisé = exocol dont les ϕ superficielles
 - " glandulaire = endocol \rightarrow sécrète la glaire ^{sécrète glycogène}
- + il \exists zone jonctionnelle = zone de transit^é (jonct^é paviment-cylindrique)
- origine Σ : fusion des 2 canaux de Møller siège + pt départ des KC. (métaplasie+++)

Pathologies infl^é

également d'origine traumatique, physique ou chimique (infl^é A)

= cervicite

non spécifiques = gonocoque++

\rightarrow A (colpité)

\rightarrow chron \Rightarrow remaniements dystrophiques = ectropion, pseudopolype infl^é, leucoplasie, métaplasie.

spécifique:

\rightarrow parasite: trichomonas = leucorrhées fétides + verdâtres

\rightarrow mycose: Candida Albicans = leucorrhées grumeleuses

\rightarrow TBK: BK: ulcérat^é du col (Dc \neq Kr)

\rightarrow Syphilis:

\rightarrow virus \rightarrow Herpès: lésions bulleuses

\rightarrow HPV: condylome plat/accuminé (exophytes)

+ présence de **karyocyte**
hyperkératose + hyperacanthose

Pathologies tumorales:

① bénignes =

\rightarrow épithéliales =

- papillome verruqueux (♀ âgée)

- condylome plan ou accuminé (HPV = **karyocyte** au FCV)

- polypes⁺⁺⁺: unique / multiples, **Pédiculés / sessiles**
parfois accolés par le col.

\rightarrow mésenchymateuses: très rares, léiomyome (fml).

② Les dysplasies: (CIN)

= lésions précancéreuses acquises, infracliniques (intra-épithéliales)
surt d'origine virale

caractérisées par une perturbat^é cyto-architecturale de l'épithélium Malpighien
 \rightarrow perte de stratificat^é, polarité, \neq et maturat^é, anlies cyto-nucléaires et mitotiques

Classifcat^é:

\rightarrow dysplasie légère = DL = CIN1 \rightarrow 1/3 inf de l'épithél

\rightarrow " modérée = DM = CIN2 \rightarrow > 1/3 inf et < 2/3 épith

\rightarrow " sévère = DS = CIN3 \rightarrow totalité de l'épith

Dc \oplus : FCV, test de Schiller = zone iodo \ominus

PC: DM et DS si ϕ TRT \rightarrow évolut^é vers la malignité.

⚠ Test de Schiller :

- badigeonnage du col par le Lugol → bleu-vert
 - " par solut^e d'acide acétique → coloratⁱ brun rouille.
- Si les ϕ superficielles sont absentes ou immatures = ϕ glycogène
→ zone blanche = iodo \ominus ⇒ biopsie pour typer la lésion.

③ Tr malignes :

↳ les carcinomes⁺⁺⁺ :

- Carcinome in situ : prolifératⁱ épidermoïde maligne intra-épithéliale + intégrité de mb basale.
- lésion asymptomatique infra-clinique = découverte fortuite (FCV)
- Dc \oplus : Histo ; biopsies dirigées s/ coloscopie + Test de Schiller
- aspect microscopique : anis cyto-nucléaires, mitoses anes, dé \neq , perte de polarité + stratificatⁱ sur tt la hauteur épithéliale sans franchiss^t mb basale
- Pc : si ϕ TRT → évolutⁱ vers :
- carcinome infiltrant = Tr ulcéré, bourgeonnant, infiltrant
- microscopie : * carcinome épidermoïde (90%) → pt départ : zone de transitⁱ
- * adénocarcinome (10%)

↳ Tr particuliers : rare :

- Tr \mathcal{E}^2 de la petite fille = rhabdomyosarcome botryoïde.
- carcinome à ϕ claires : chez petite fille dont sa mère a pris du Diéthylstilbène pdt grossesse
- léiomyosarcome

Anapath

Tr du col utérin

① Tr bénignes :

- papillome: végétat² exophytiques, grêles, tapissés d'un épithélium hyperacanthosé
- condylome: lésions papillomateuses virales (HPV)
digitat² tapissés de ϕ larges, ny réguliers et vacuolisés avec hyperacanthose et hyperkératose
- Polypes = surtt endocervical.

② Tr malignes :

- ① Les dysplasies = LIE = état préK^c. $\begin{cases} \rightarrow \text{bas grade (CIN}_1) \\ \rightarrow \text{haut grade (CIN}_2 \text{ et } 3) \end{cases}$

② Les K^c invasifs :

- macroscopie :
 - forme bourgeonnante = végétante ou exophytique.
 - " ulcérée.
 - " mixte
 - " infiltrante ou nodulaire
 - " en barillet : forme occulte évoluant ds canal cervical.

• microscopie :

- * carcinome intra épithélial (in-situ) : ϕ traduit² clinique ou macroscopique
Découverte fortuite (au cours d'un FCV)
 - CIS possède tt caractéristiques cytologiques du carcinome invasif mais reste localisé au n^o de l'épithélium, sans dépasser mb basale.
 - désorganisat² de l'ensemble des assises épithéliales.
 - \uparrow densité ϕ
 - cytoplasme basophile
 - \uparrow rapport nucléo-cytopl.
 - polymorphisme + anomalies nucléaires.
 - nombreuses mitoses, anes.
 - ϕ maturité

- * carcinome micro-invasif : effract² de mb basale + envahist de partie adjacente du chorion.

- * carcinome épidermoïde invasif : ϕ épithélium malpighien bien, m, peu \neq

- 3 types $\begin{cases} \rightarrow \text{Kératinisant à gdes } \phi \\ \rightarrow \text{non kératinisant à gdes } \phi \text{ (} \phi \text{ maturat}^2 \text{ cornée)} \\ \rightarrow \text{" " à petits } \phi = \text{carcinome in } \phi \end{cases}$

- Formes particulières $\begin{cases} \rightarrow \text{carcinome épidermoïde à } \phi \text{ clairs : riches en glycogène.} \\ \rightarrow \text{" à } \phi \text{ fusiformes = confondu à un sarcome (cytokératine)} \\ \rightarrow \text{" verruqueux ; carcinome kératinisant en "choux-fleurs"} \end{cases}$

- CIN 1: hyperplasie des ϕ des couches profondes, ϕ dépasser $\frac{1}{3}$ inf + \uparrow volume nv + qlq mitoses
- CIN 2: l'hyperplasie atteint la $\frac{1}{2}$ ou $\frac{2}{3}$ de l'épithélium + ϕ anles refoulées vers surface + mitoses nombreuses anisocytose et anisocaryose
- CIN 3: carcinome in situ
l'hyperplasie de tt hauteur de l'épith assise basale respectée.

* Les ADK: naissance au n° endocole ou gldes cervicales muco-sécrétants
- structure glandulaire peu, m, bien \neq .

* Tr nn épithéliales: rares.

- léiomyosarcome (muscle lisse)
- rhabdomyosarcome (hautement malin)
- mélanome malin. \neq exceptionnel.

* Tr secondaires: méta du corps utérin, vessie, rectum, sein, sein, estomac, ...

- CIN1: hyperplasie des ϕ des couches profondes, ϕ dépasser $\frac{1}{3}$ inf + \uparrow volume ny + qlq mitoses
- CIN2: l'hyperplasie atteint la $\frac{1}{2}$ ou $\frac{2}{3}$ de l'épithélium + ϕ anles refoulées vers surface + mitoses nombreuses anisocytose et anisocaryose
- CIN3: carcinome in situ
l'hyperplasie de tt hauteur de l'épith assise basale respectée.

Technique

FCV

prélever au^o zone de jonct^o.

- cytologie exfoliative = recueil de ϕ exfoliées.
- étalement sur lame propre.
- fixatⁱ au cybospray ou mélange éther-alcool
- coloratⁱ + examen cytologique

Avantages

- peu coûteux
- nn traumatisant
- répétitif à souhait.

Limites

Dc d'orientatⁱ → complété par examen histologique
= dépistage seulem^t pas examen Dc.

Buts

* visée hormonale :

- siège prlv : face lat vagin + exocol + endocol
- coloratⁱ : Harris Schorr
- apprécier le profil hormonal :
 - type de ϕ desquamées.
 - mode de desquamatⁱ
 - index de caryopichnose
 - plicature
 - fond du frottis

CAT si FCV a nle :

- colposcopie
- biopsie du col

doit être réalisé
endehors des règles
+ ϕ infectⁱ cervico-vag
+ après pose spéculum

à distance des rapports sexuels

* visée de dépistage⁺⁺⁺ :

- siège prlv : cul de sac vaginal + endocol + exocol + jonctⁱ⁺⁺
- coloratⁱ : Papanicolaou.
- but : dépistage de lésions préks, dysplasies, lésions HPV.
- résultats : plz classificatⁱ :

- classificatⁱ de Bethesda :

- 1 - FCV nle
- 2 - FCV inflⁱ de réparatⁱ.
- 3 - FCV ASCUS. (infectⁱ)
- 4 - lésions de bas grade (HPV, CIN ϕ)
" " haut " (CIN 2-3)
- 5 - carcinome épidermoïde
 - Kératinisant
 - nn "
- 6 - lésions glandulaires

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



LA FACULTÉ

Référence du concours de résidnat

Avis de non-responsabilité

Si vous êtes l'auteur ou le copyrights propriétaire d'un contenu sur notre site, contactez-nous sur:
facadm16@gmail.com

Tous les utilisateurs doivent savoir que l'équipe "La faculté" ne peut être responsable et condamne toute violation des droits d'auteur.

Toute utilisation lucrative sans la permission du propriétaire des droits d'auteur exposer l'utilisateur au suivi légal.



Pour télécharger plus de résumés et documents magnifiques pour résidanat d'Alger, veuillez scanner ce code avec votre application messenger et mentionner le nom du module que vous cherchez, par exemple "cardio" pour recevoir les liens de téléchargement de cardiologie. veuillez insérer un module à la fois, une fois vous recevez les liens du premier module, vous demandez un autre module (neuro, endocrino, biochimie ...)

Hémorragie de la délivrance

= H_2O_2 du post-partum
(HPP)

Urgence obstétricale

- HPP = hémorragie d'origine **utérine** survenant ds les **24 premières h** suivant **accouch.**
 - pertes **> 500ml** (HPP sévère si **> 1000ml**)
 - cause de mortalité maternelle.
- venant **exclusivement** de la zone d'insert[°] placentaire
- DC±: plaie vaginale ou cervicale

Physiology:

- délivrance nle ds 30' suivant naissance.
- 4 conditⁱ: vacuité complète + délivrance complète + bonne rétractⁱ utérine + coagulatⁱ sg nle.
- Délivrance + vacuité complète → rétractⁱ utérine = globe utérin de sécurité
(clinqt: uterus rétracté en sous ombilical)
rétractⁱ = contractⁱ du myomètre + compression des vx utérins restés téants ds l'ancienne zone d'insert placentaire = phénomène de ligature vivante = hémostase physiologique.
- la rétractⁱ utérine nécessite une bonne hémostase, n'est possible que si l'utérus est totalement vide; l'utérus gravidique est un gros muscle hypertrophié et hyper vascularisé, tout ce qu'il va lui empêcher de bien se contracter, va empêcher son auto-hémostase : ex : { épuisement après long wt
^{inertie ou atonie utérine} { distension extrême par macrosomie
corps intra-uterin { - cdtyleon, frgts de mb.
 { - fibrome , ...

Etiologies:

① atonie utérine⁺⁺: anlie de la CU \rightarrow mauvaise rétractⁱ \rightarrow ϕ globe utérin

ex Facteurs favorisants :

- travail prolongé = épuisement musculaire, ou utérus trop rapide.
- surdistension utérine : gosse multiple, hydramnios, macrosomie
- multiparité
- âge ≥ 35 ans (dégénérescence fibreuse du myomètre)
- utérus fibromateux ou mal formé
- utilisation récente de tocolytiques
- anesthésie profonde halogène

② Rétentⁱ placentaire : après de la délivrance : utérus n'est pas vide \rightarrow ϕ rétractⁱ.
 \hookrightarrow totale : ϕ délivrance spontanée complète ds 30' suivant accouch^t
 CAT \rightarrow délivrance artificielle
 \hookrightarrow partielle : délivrance incomplète + rétentⁱ d'1 frst placentaire \rightarrow Révision

La faculté: Référence de résidanat de médecine d'Alger

③ troubles de la coagulation: 2 à redouter → CIVD (libération de thromboplastines tissulaires par placenta + utérus.)
cause / conséq d'Hgic obstétricale grave. (cercle vicieux)
→ fibrinolyse.

* facteurs favorisants:

- prééclampsie
- infect^e grave.
- HRP
- embolie amniotique
- prise d'anti-coagulant, coagulopathie

④ inversion utérine: exceptionnelle : la surface interne de l'utérus est extériorisée à la vulve (inversion en doigt de gant)

* circonstances favorisantes:

- atonie utérine
- tract^e excessive sur le cordon lors de la délivrance
- P^e abdominale intempestive sur le fond utérin lors de la délivrance "expression utérine".

⑤ Placenta accreta: anlie de l'implantat^e du placenta.

les villosités pénètrent de manière excessive ds épaisseur du myomètre.

→ il n'y a pas de clivage utérus/placenta suite à ϕ caduque basale

→ délivrance impossible: risque Hgic cataclysmique et de déchirure placentaire.

* elle se voit surtt sur utérus cicatriciel (altérat^e de la muqueuse utérine au n^o de la zone d'insert^e placentaire)

à l'extrême = placenta percreta: villosités pénètrent jusqu'aux organes de voisinage = la vessie.

⑥ ATCDs Hgic de la délivrance.

⑦ anlies du placenta: excès de villosités, PP, cotylédons aberrants ...

Clinique:

- Hgic externe très brutale, très abondante, survient immédiatement après accouchement.
elle est indolore, faite de sg rouge + nombreux caillots

⇒ Apprécier le volume exactement.

- signes généraux: reflètent la déperdition de Hgic (état hémodynamique)
↓ PA, ↑ MM, pâleur, soif, angoisse, sueur → choc hypovolémique

- à l'examen:

↳ avant expulsion du placenta: rétent^e totale + utérus mou + ϕ activité contractile + utérus perçu très large et au-dessus de l'ombilic.

↳ après expulsion placentaire: tableau d'inertie utérine (1) vérifier la vacuité utérine

- utérus mou, peu contractile, Fond utérin nettement > ombilic

- ϕ globe utérin de sécurité

La faculté: Référence de résidanat de médecine d'Alger

- * CAT :
- éliminer un trauma de l'ovaire génitale +++ surtt si utilisation de ventouses ou de forceps.
 - s/ anesthésie : révision utérine +++ ← tps essentiel + examen s/valve de tt filière génitale pour vérifier l'absence de déchirure du col ou du vagin en la présence d'un hématome pelv-génital.

∴ Cptet :

- choc hypovolémique.
- Σ^d de défibrinat^e : CIVD suite à la perte des facteurs de coag^e lors de la tte, surtt fg.
- IR flie (oligo-anurie) suite ↓ FG
secondairement organique par néphropathie tubulo-interstitielle A
ou par nécrose corticale

∴ PEC :

⚠ d'une manière gl :

- * TRT 1^e intent^e :
- Réanimat^e médicale.
 - assurer la vacuité utérine et l'intégrité de la filière génitale : révision utérine +++ + examen s/valve. ou délivrance artificielle + épisioraphie rapide et suture de tte lésions
 - assurer les contract^e utérines : perf oxytocine + massage utérin. (pas de saut au fond utérin)
- * TRT 2^e intent^e :
- PG.
 - rechercher et traiter les ttes de la coagulat^e.
- * TRT 3^e intent^e :
- chir : ligature chir des artères utérines (TRT conservateur) → hystérectomie d'hémostase (TRT radical) (après échec de techniques conservatrices)
 - Rx interventionnelle : radioembolisation sélective des artères utérines.

* condit^o de RU / délivrance artificielle : analgésique + aseptie + veine u/de.

* examens compl :

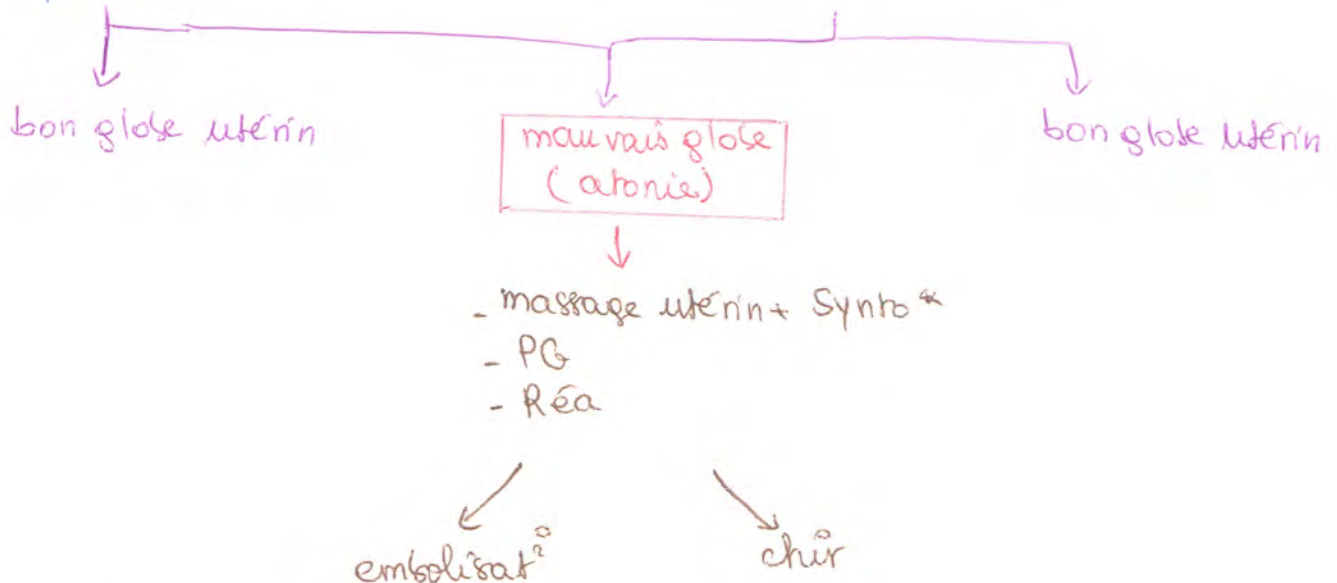
- RAI (avt tt transfusion)
- NFS + crase sg.
- font^e rénale + iono

Voie basse:

- Révision utérine +/- délivrance artificielle.
- Révision cel + vagin s/ valve.
- Synboction*

Voie haute:

- Révision utérine.
- fermeture hystérotomie
- synboction*



Préventⁱ:

- respecter la physiologie de la délivrance : éviter tt manœuvres intempestives sur placenta ou décolle.
- diriger la délivrance : **SUI de synbo*** dès dégagement des épaules pour renforcer les CU et favoriser la délivrance.
- délivrance artificielle et révision utérine systématique
- examen du délivre.
- surveillance clinique : état hémodyn + **quantificatⁱ écoulem^t vulvaire + globe utérin.**

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



LA FACULTÉ

Référence du concours de résidnat

Avis de non-responsabilité

Si vous êtes l'auteur ou le copyrights propriétaire d'un contenu sur notre site, contactez-nous sur:
facadm16@gmail.com

Tous les utilisateurs doivent savoir que l'équipe "La faculté" ne peut être responsable et condamne toute violation des droits d'auteur.

Toute utilisation lucrative sans la permission du propriétaire des droits d'auteur exposer l'utilisateur au suivi légal.



Pour télécharger plus de résumés et documents magnifiques pour résidanat d'Alger, veuillez scanner ce code avec votre application messenger et mentionner le nom du module que vous cherchez, par exemple "cardio" pour recevoir les liens de téléchargement de cardiologie. veuillez insérer un module à la fois, une fois vous recevez les liens du premier module, vous demandez un autre module (neuro, endocrino, biochimie ...)

HRP

Hgrie du T3 = urgence

- DPPNI : décollement prématuré du placenta normalement inséré.
Format² rapide d'une collect² sg entre face maternelle du placenta et la paroi utérine → interrupt² rapide des échanges M-F
↓
SFA → mort fœtale.

Pathogénie:

2 types d'HRP

- HRP spontané: ++++**
- Pré-éclampsie⁺⁺⁺:
• spasme vx
• poussées hyper TA
• rupture vx.
• fragilité capillaires.

- HRP traumatique:**
- trauma abd accidentel ou iatrogène (manœuvres obst)
choc direct (mortalité du fœtus tire le placenta par l'intermédiaire du cordon)
↓
décollement placenta

Concs de l'HRP: les sg et essentiellement d'origine maternelle

* mère :

- hypovolémie + état de choc, anémie.
- CIVD (consommation des fact de coag²)
- Hgrie incarcélée
- cplct² rénales suite à l'hypovolémie
- Σ^d Sheehan.
- apoplexie utéro-placentaire: utérus noir violacé par excavat² dus ds myomètre et sous séreuse.

* fœtus :

- interrupt² des échanges :
hypoxie → anoxie (mort fœtale)
- Pc sombre: MIU
- si préma → séquelles neurologiques

FDR:

- HTA : surtt si HTA gravidique et sévère chez primigesta.
- âge > 35 ans.
- Tabac, obésité, ATCDs HRP.
- carence en vitC, acide folique.
- diabète pré³
- RPM
- trauma abd.

De Ⓢ:

⚠ Rechercher signes pré-éclampsie : œdèmes + protéinurie

- début brutal par des DL abdomino-pelviennes en coup de poignard.

* métrorragies noirâtres minimes

* rapidement: AEG + état de choc : pâleur, sueurs, froideur des extrémités, TA accéléré, TA élevée ou nle (vu le contexte de pré-éclampsie), syncopé, nausées, vomit, dig. anémie

* contracture utérine généralisée permanente = utérus en bois.

- hauteur utérine ↑ d'un examen à l'autre

- TV: SI dur, tendu, col rigide comme "cercle" par un fil de fer, mb tendues + métrorragies.

* RCF d. soit MIU soit BCF marquées par contracture utérine.

La faculté: Référence de résidanat de médecine d'Alger

=> écho: confirmer DC + état fœtal + examiner si
↳ hématome anéchogène au n° de plaques basales du placenta

∴ TRT : 1^{er} élmt essentiel : évacuat^r de l'intérieur de son contenu : g^{ss}e + HRP.

- Réanimation^o médicale : abord veineux + remplissage + macrom^o (PFC) + transfusion
- écho → état fœtal.
- évacuati^o utérine
 - si fœtus vivant ⇒ CSR pour sauvetage materno-fœtal
 - ~ ~ mort ⇒ évacuati^o par voie basse si état maternel léger met
 - sinon CSR
- + examen anapath du placenta.

- Préventif:
 - si FDR → surveillance régulière de g^{ss}
 - bilan maternel d distance : après 3 mois (bilan de thrombophilie)
 - suivi de g^{ss} ultérieurs : Aspirine 100mg + 10² à GRH + déclench^t 37SA

- 2 types de décollement:
 - marginal: aur^{nt} de marge du placenta → décollement → hématome s'évacue via le col + vagin en décollant les mbrans
 - central: hématome ne peut pas s'évacuer, il est retenu entre placenta et paroi utérine
- ds ces 2 cas → rupture d'artériole déciduale basale
- parfois → rupture d'une veine ϕ conség majeurs sur fœtus sauf si HRP imp → fragilité mb → RPM.

Hgrie de Benckiser:

- Hgrie fœtale par rupture d'1 ou plz vx ombilicaux insérés sur les mb, survient lors de la rupture spontanée ou artificielle des mb.
- saignement indolore lors de la rupture des mb sans modif^{ic} de l'état maternel mais avec souffrance fœtale immédiate.
- facteurs favorisant le vx praevia:
 - Cotylédon aberrant
 - PP
 - insert^{io} vélamenteuse du cordon

Hématome décidual marginal

- rupture d'une veine au pôle inf d'un placenta normalement inséré.
- saignement modéré, bénin (n'interrompt pas la circulat^{io} utéro-placentaire)

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



LA FACULTÉ

Référence du concours de résidnat

Avis de non-responsabilité

Si vous êtes l'auteur ou le copyrights propriétaire d'un contenu sur notre site, contactez-nous sur:
facadm16@gmail.com

Tous les utilisateurs doivent savoir que l'équipe "La faculté" ne peut être responsable et condamne toute violation des droits d'auteur.

Toute utilisation lucrative sans la permission du propriétaire des droits d'auteur exposer l'utilisateur au suivi légal.



Pour télécharger plus de résumés et documents magnifiques pour résidanat d'Alger, veuillez scanner ce code avec votre application messenger et mentionner le nom du module que vous cherchez, par exemple "cardio" pour recevoir les liens de téléchargement de cardiologie. veuillez insérer un module à la fois, une fois vous recevez les liens du premier module, vous demandez un autre module (neuro, endocrino, biochimie ...)

La faculté: Référence de résidanat de médecine d'Alger

HTA et g^{ss}

2^e cause de mort maternelle après Hg₁₀

- HTA = $PAS \geq 140 \text{ mmHg}$
 $PAD \geq 90 \text{ mmHg}$ }
 - chronique: pré³ aut g^{ss} + \exists protéinurie
 - gravidique: apparaît après 20SA, disparaît 42^e j PP (6^e à 11^e) + ϕ protéinurie

Qui, et comment traiter:

- HTA légère: PEC non médicamenteuse =
 - repos
 - ϕ restrict² sodée, m²port de poids.

- ϕ effet bénéfique des anti-hyperTA
- risque de cict² C-V faible.
surveillance ++

- indicat² du TRT médicamenteux:

- $PAS \geq 150$ ou $PAD \geq 95$
- $PA \geq 140/90$ si $\left\{ \begin{array}{l} \text{HTA gravidique} \\ \text{HTA pré³ + protéinurie surajoutée} \\ \text{atteinte organique} \end{array} \right.$

- HTA sévère: $PAS \geq 170 \text{ mmHg}$ ou $PAD \geq 110 \text{ mmHg}$
 $\Rightarrow \text{AT}^2 + \text{PEC en USI}$

\Rightarrow TRT anti-hyperTA \downarrow le risque maternel mais m'améliore Pas Pc fœtal.

- armes thérapeutiques:

- autorisées:

- d méthyl dopa. \Rightarrow 1^{re} intent² (Aldomet*)
- β bloquants.
- inhib. Ca.
- d bloquants.

- non autorisés:

- IEC
- Sartans.
- Diurétiques (act² délétère sur circulat² placentaire)

Cplcat² liées à HTA:

- maternelles

- éclamptie, AVC
- HELLP Σ^4 .
- HRP.
- IR
- OAP
- hématome s/capsulaire du fœs

- fœtales

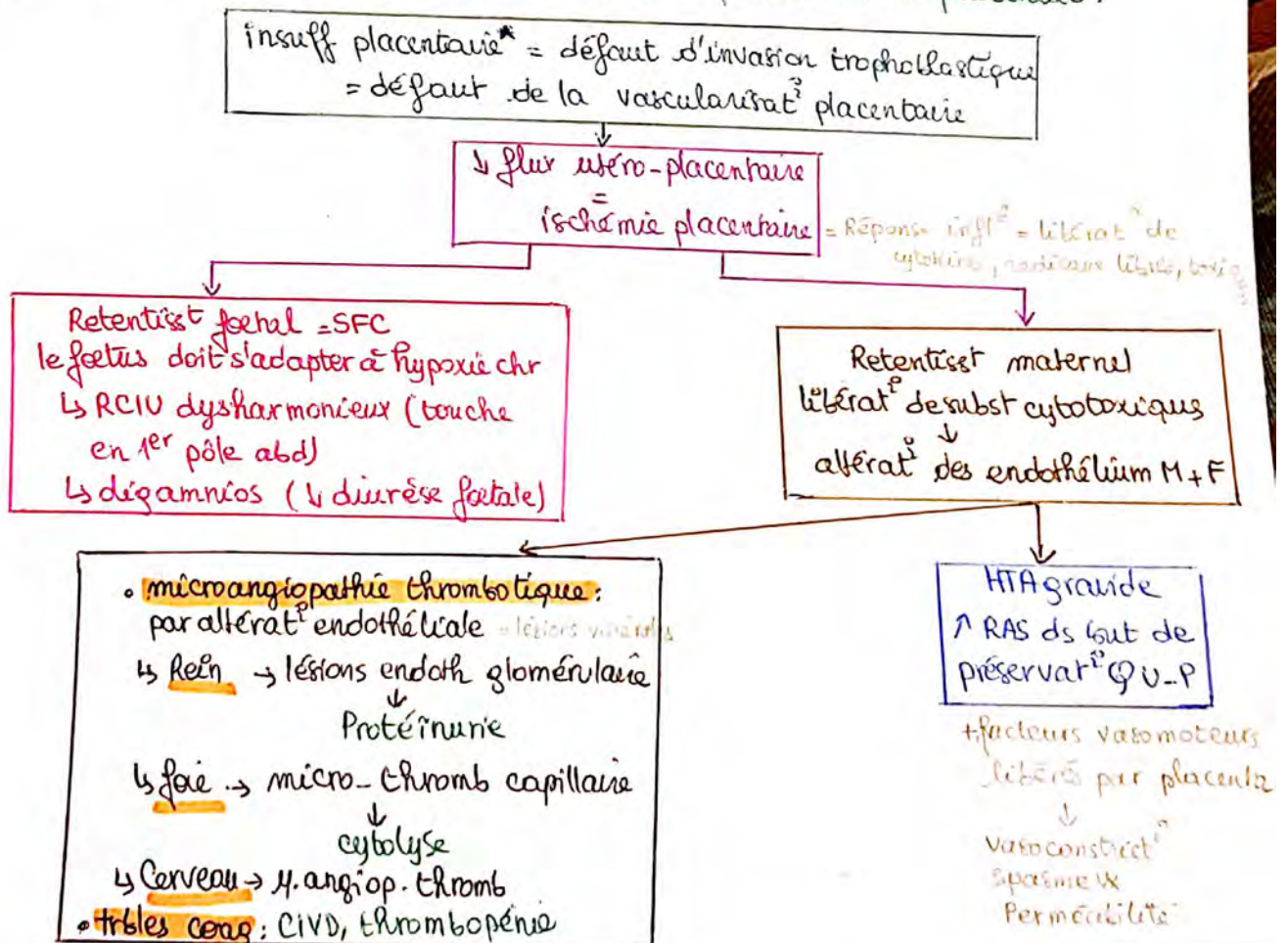
- RCIU
- SF
- MIU
- préma.

Pré-éclampsie

Toxémie gravidique

- HTAGravide + protéinurie $\geq 300 \text{ mg}/24 \text{ h}$ survient en gle T3
- Pré-éclampsie précoce si elle survient $< 32 \text{ SA}$.
- c'est une pathologie exclusivement gravidique.
- si la protéinurie absente (apparaît secondairement), HTAG associée à :
 - œdèmes d'apparition brutale ou rapidement aggravés (parties non déclives)
 - thrombopénie ($\text{PLT} < 100000$)
 - IR (Créat $> 1,1 \text{ mg/dL}$)
 - cytolysé hépatique ($\uparrow \text{ASAT}$ et ALAT)
 - signes neuro: maux de tête persistants, vision floue, scotomes.
- Pré-éclampsie sévère :
 - HTA sévère $\geq 160/110$
 - atteinte rénale: oligurie $< 500 \text{ ml}/24 \text{ h}$, créat $> 135 \mu\text{mol/L}$, protéinurie $> 5 \text{ g}/24 \text{ h}$
 - OAP ou barre épigastrique persistante ou HELLP Σ^d .
 - troubles neuro (troubles visuels, ROT polycytétiqes, céphalées)
 - thrombopénie < 100000
 - HRP ou retardist fœtal.

Physiopath: PE est d'origine placentaire: trouble précoce de la placentation:



FDR:

- ATCDs: ATCDs de PE chez mère, sœur ou lors d'une gsse.
- ATCDs personnels: - âge > 35 ans.
 - ATCDs PE ou HTA gravidique
 - pathologies gles: HTA chr, diab, obésité, MAI, thrombophilie, maladie rénale
 - primipare
 - Période pré-conceptuelle courte.
 - gsse multiple
 - anévrisme chr du fœtus, môle hydatiforme

De ⊕:

- SF: - céphalées pénibles, persistantes.
 - bourdonnement d'oreille
 - somnolence inhabituelle
 - flou visuel
 - DL abs, nausées, vomissements

- SP: - prise pondérale excessive.
 - œdèmes
 - TA
 - BU: ++
 - mesure Hauteur utérine: si < nle: suspecter: RCIU, oligamnios, MIU => écho
 - auscultation BCF + évaluer MAF.

- examens compl: Bio + écho + ERCF + doppler des v. omb (perfusion placentaire)

⚠ Devant tt PE => évaluer rapidement état maternel + fœtal.

Cplct?

• Maternelles

- éclamptie: crises convulsives glesées
- HRP
- Σ^d HELLP: extrême gravité:
 - hémolyse (ALDH, VHB et haptoglobine, schizocytes)
 - cytolysse hépatique (↑ transam)
 - thrombopénie (< 100000)
- cplct: mortalité maternelle⁺⁺, CIVD, crise d'éclamptie, hématome s/capsulaire du foie avec rupture spontanée du foie.
- CAT: extract² fœtal.

- CIVD, AVC, OAP, Hgic cérébro-méningée, décollement de rétine, IRA, ...

• fœtales =

- SF chronique → RCIU
- SFÂ suite HRP, crise éclamptie → oligamnios
- MIU
- préma induite (extract² fœtal)
↓
pour sauvetage maternel

La faculté: Référence de résidanat de médecine d'Alger

TRT:

seul trt curatif: arrêt gse + délivrance du placenta.

- PE sévère > 34SA \Rightarrow arrêt gse

↳ décision selon $\left\{ \begin{array}{l} \text{terme gse} \\ \text{sévérité PE} \\ \text{SF} \end{array} \right.$

→ si PE non sévère > 36SA \Rightarrow envisager l'interruptⁱ de gse. (CSR ou déclenchⁱ)

• en cas d'attitude conservatrice: avant 34SA \Rightarrow PEC conservatrice si possible

- 1^o

- débiter le TRT anti hyper TA (ne pas \downarrow < 130/80 \Rightarrow aggrave l'hyperperf
fœtale \rightarrow effets délétères sur fœtus)

- préventⁱ de la crise d'éclampsie par sulfate de Mg.

- CTC pour obtenir maturatⁱ fœtale le plus précocement possible

- surveillance maternelle et fœtale (très rapprochée pdt 48h)

+ suivi en PP \leftarrow HTA/r négresse en PP puis espacer

+ suivi spécialisé précoce pour les gse ultérieures (< 14SA)

+ préventⁱ PE par Aspirine faible dose (75-160mg) < 20SA

Eclampsie

accident A paroxysmique

- complication neurologique majeure de la PE.
- manifestat^e convulsive +/- troubles conscience suivi d'un état comateux tonico-clonique généralisé

Physiopath: - résulte d'un œdème vasogénique suite à pert^e hyper TA
 - car l'adaptat^e vx à une pert^e hyper TA est rendue moins efficace par la pert^e endothéliale (microangiopathie)
 - la prédominance des lésions est postérieure (occipital)

FDR: - âge < 35ans - HTA chronique
 - mauvais suivi obstétrical - GG
 - IU - nausée
 - primigeste, obésité, diabète

la plupart des E. surviennent en pré ou péri partum
 => PP => 48h en G

• E précoce < 32SA => Pc sombre.

Clinique: L'E. n'est pas très corrélée à l'importance de la pert^e hyper TA.

- prodromes: - ↑ rapide de PA surt systolique (inst)
- pert^e visuelles: photophobie, cécité corticale temporaire
- céphalées rebelles aux TRT usuels.
- agitat^e ou muts anormaux (clonus, frisson).

- la crise: - crise convulsive unique ds 50% cas.
- manifestat^e déficitaires focales transitoires
- persistance d'une altérat^e de la conscience = élmt de mauvais Pc

• la crise évolue en 4 phases: ① invasion (aspect grimasant: contracture face + cerv → mains)
 ② tonique (contracture glissée + cyanose + morsure langue)
 ③ clonique (muts involont désordonnés, épargne MI)
 ④ Coma ou stupéfiat^e + amnés post critique.

- manifestat^e extra-neuro: tt autres cplct^e de PE peuvent précéder ou suivre la crise: HRP, OAP, HELP S^d, inhalat^e, CIVD, arrêt circulatoire

ex. compl: imagerie cérébrale pour écarter Dc ≠ (encéphalopathie herpétique, thrombop^{céréb})
 • TDM céréb: lésions hypo-denses bilat, asymétriques, s/corticales, pariéto-occipitales
 • IRM céréb: " hypo-intense " "
 après inject^e => prise de contraste cortical = rupture de la BHE.

les lésions sont -glém- réversibles, s/séquelles

PEC:

- pdt la crise:
 - libératⁱ VAS + assurer une bonne O_2 + PL de sécurité
 - TRT anticonvulsivant : Diazépam (Valium[®]) en IV,
 - TRT anti hyperTA
 - préventⁱ des récédives d'E par sulfate de Mg ($Mg SO_4$) { dose attaque
~ entretient
 - extractⁱ foetale en urgence par CSR.
- conség. obstétricales: la survenue d'une crise d'éclampsie n'est pas tjrs une indicatⁱ formelle à CSR en urgence.

- pourrait être motivé par { raisons foetales.
état maternel stable, rassurant

↓
CSR différé permettant CTC de 48h
pour maturatⁱ pulm

- élm^ts mauvais Pc:
 - nn reprise conscience
 - trls crise
 - IRA, OAP} mortalité périnatale

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



LA FACULTÉ

Référence du concours de résidnat

Avis de non-responsabilité

Si vous êtes l'auteur ou le copyrights propriétaire d'un contenu sur notre site, contactez-nous sur:
facadm16@gmail.com

Tous les utilisateurs doivent savoir que l'équipe "La faculté" ne peut être responsable et condamne toute violation des droits d'auteur.

Toute utilisation lucrative sans la permission du propriétaire des droits d'auteur exposer l'utilisateur au suivi légal.

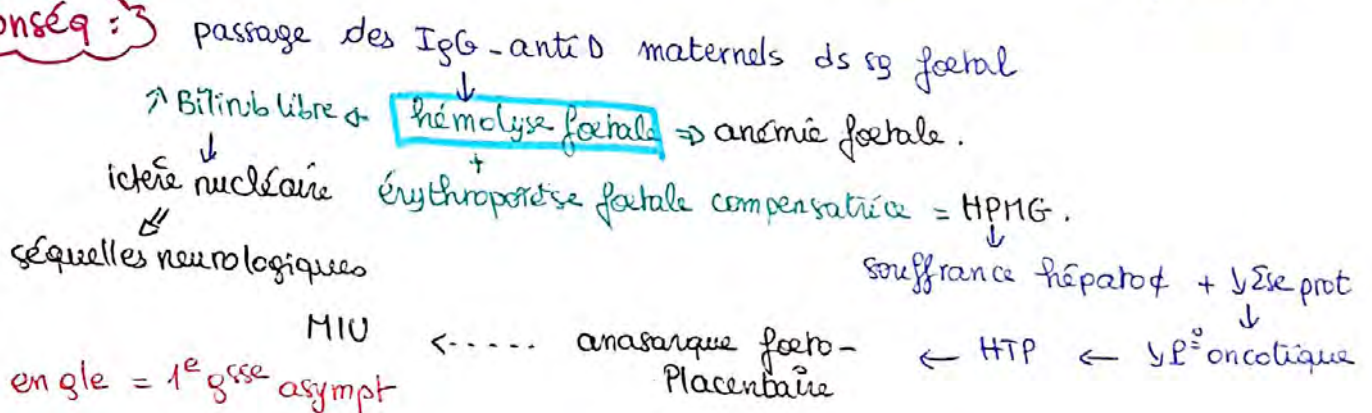


Pour télécharger plus de résumés et documents magnifiques pour résidanat d'Alger, veuillez scanner ce code avec votre application messenger et mentionner le nom du module que vous cherchez, par exemple "cardio" pour recevoir les liens de téléchargement de cardiologie. veuillez insérer un module à la fois, une fois vous recevez les liens du premier module, vous demandez un autre module (neuro, endocrino, biochimie ...)

incompatibilité sg fœto - maternelle

- allo-immunisation fœto-maternelle : la mère synthétise des allo-Ac dirigés contre les élmts sg du fœtus. souvent c'est le cas de mère Rh⁻ + fœtus Rh⁺

Conséq :



⚠ la mère produit les Ac chaque fois les hématis fœtales passent :

• T① (risque modéré)

- ABRT au T₁ ou menace ABRT.
- gsse molaire.
- GEU
- métrorragies
- chorio ou amniocentèse
- réduct^e E^e.
- cerclage cervical.
- trauma abd.

• T② + T③ (risque imp)

- interrupt^e médicale de la gsse.
- ABRT tardif.
- MIU
- VME
- trauma abd / pelvien ou chir
- cordocentèse, placentocentèse.
- accouch^t quelque soit la voie

risque min } - amniocentèse.
- métrorragies, cerclage, MAP

De :

- Dépistage : chez tt ♀ Rh⁻ : rechercher RAH : T₁ + 6^e-8^e-9^e mois + à l'accouch^t.
(idem chez ♀ Rh⁺ si ATCDs transfusion)
- déterminer Rh du fœtus : rechercher à partir d'un prélvt sg maternel possible dès 12SA (PCR)

- Echo dst : rechercher anasarque f.-P : hydramnios + épancht des séreuses + HPSPNG +
+ doppler ombilical : si anémie sévère = 70%
ds veine omb = activité myocard AP = défaillance card.
+ tachycardie.
- ERF : tracé sinusoidal = anémie fœtale.

⚠ Amniocentèse : - gsse sg fœtal
de - en - utilisée - mesure bilirubinémie → diagramme de Liley = 3 zones

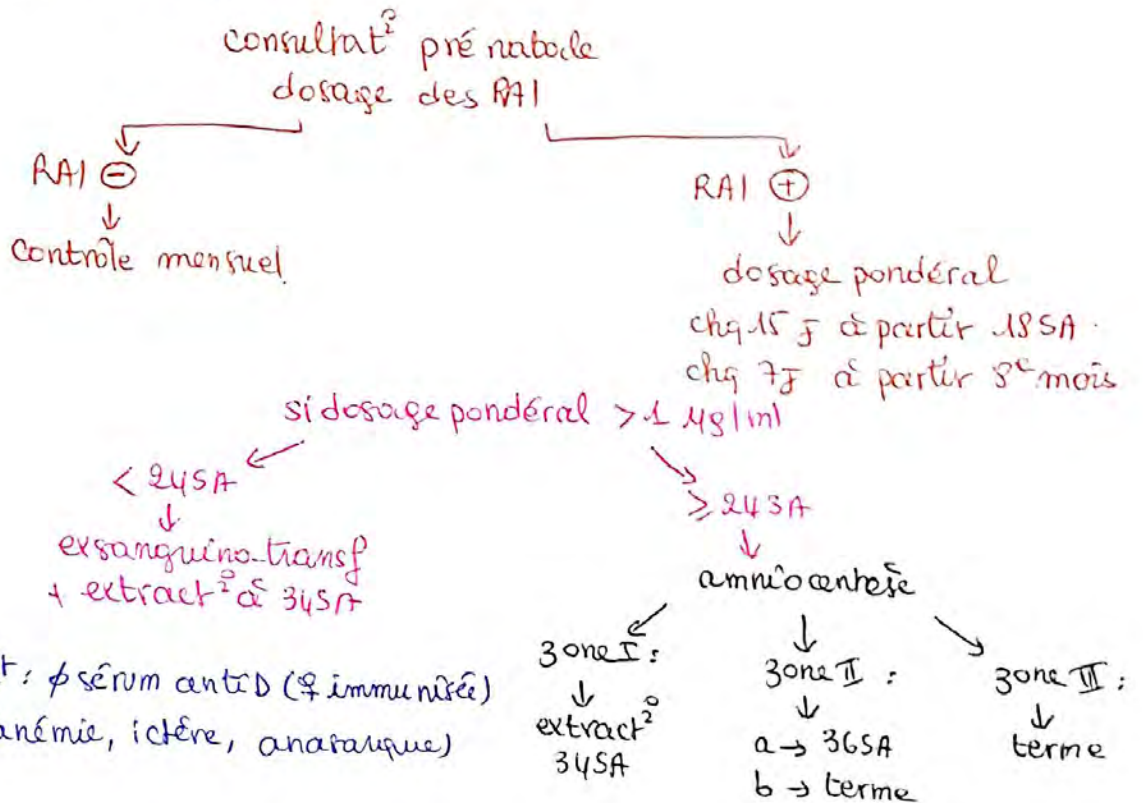
si AC > 14912

→ I : sévère
→ II : modérée
→ III : minimale

La faculté: Référence de résidanat de médecine d'Alger

- titrage des Ac anti-D chez mère: Coombs indirect $\Rightarrow \oplus$ à partir $1/16$
 $\text{Si } \oplus \Rightarrow$ Dosage pondéral; - risque fœtal nul si $< 149 \mu\text{g/l}$
 - ϕ explorat² si $< 249 \mu\text{g/ml}$.

TRT: m: - transfusion in utero $\begin{cases} \rightarrow \text{intra-péritonéale (écho-guidée)} \\ \rightarrow \text{intra vx (directement ds cordon) (si Hb < 8)} \\ \rightarrow \text{exsanguino-transfusion} \end{cases}$
 - exsanguino-transf post-natale.
 - photothérapie.



- après accouch: ϕ sérum anti-D (♀ immunisée)
- PEC NNé (anémie, ictère, anasarque)

TRT préventif:

- bilan prénuptial: déterminer Rh de ♀ + conjoint et si ♀ Rh $\ominus \Rightarrow$ RA1
- éviter situat² passage F \rightarrow Mère
- Séro-prévent² anti-D: $\begin{cases} \rightarrow \text{pdt grossesse: métrorragie, GG, PP, cerclage} \\ \rightarrow \text{après accouch: le plus tôt possible (aut 72 h)} \end{cases}$

⚠ si risque d'immunisat² imp (GG, Hg² délivrance)
 \Rightarrow test Kleihauer pour identifier qtt du sg fœtal passé ds circulat² maternelle, car parfois dose supplémentaire du sérum est nécessaire (pour s'assurer de l'efficacité de la prévent²)

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



LA FACULTÉ

Référence du concours de résidnat

Avis de non-responsabilité

Si vous êtes l'auteur ou le copyrights propriétaire d'un contenu sur notre site, contactez-nous sur:
facadm16@gmail.com

Tous les utilisateurs doivent savoir que l'équipe "La faculté" ne peut être responsable et condamne toute violation des droits d'auteur.

Toute utilisation lucrative sans la permission du propriétaire des droits d'auteur exposer l'utilisateur au suivi légal.



Pour télécharger plus de résumés et documents magnifiques pour résidanat d'Alger, veuillez scanner ce code avec votre application messenger et mentionner le nom du module que vous cherchez, par exemple "cardio" pour recevoir les liens de téléchargement de cardiologie. veuillez insérer un module à la fois, une fois vous recevez les liens du premier module, vous demandez un autre module (neuro, endocrino, biochimie ...)

infectⁱ et g^{ss}

Toxo plasmosé:

infectⁱ **parasitaire** due aux chats.

- peut être transmise par voie hématogène + diffusion placentaire ⇒ **Toxo congénit**

atteinte fœtale et d'autant plus sévère que l'infectⁱ survient tôt ds g^{ss}. ⇒ **maffⁱ** (oculaires + neuro)

↳ Pour la mère: - primo-infectⁱ asympt ds 90% cas

- si sympt → fébricule + Σⁱ grippal ⇒ **IgM spécifique**.

↳ Pour le fœtus: **la période la plus dangereuse = 10-24SA:**

- ABRT

- MIU

- atteinte cérébrale: micro-calcaïficatⁱ, HDC.

- " ophthalmologique: chorioretinite, microphthalmie, cataracte cong...

- épancht séreuses.

• **Dépistage systématique:** → bilan prénuptial
↳ bilan T₁ g^{ss}.

⇒ mesure IgM et IgG

IgM	IgG	Interprétat ⁱ
-	-	<ul style="list-style-type: none"> • patiente non immunisée • surveillance: sérologie / mois jusqu'à accht. • préventⁱ hygiéno-diét.
-	+	<ul style="list-style-type: none"> • immunité probablement ancienne • confirmer par 2^e dosage ds 15 J.
+	-	<ul style="list-style-type: none"> • séroconversion probable • en urgence: Spiramycine (Rova) 3MIU 3x/j • amniocentèse 4sem après pour le Dc de Toxo cong
+	+	<ul style="list-style-type: none"> • infectⁱ évolutive ou ancienne. • il faut dater la PI par test d'avidité <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>Faible PI récente</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>élevé PI ancienne</p> </div> </div> <p>② évolutⁱ des sérologies sur 2 prélts à 3sem intervalle ↑ IgM et IgG ⇒ contaminatⁱ récente < 2 mois IgG stable ⇒ contaminatⁱ > 2 mois</p>

La faculté: Référence de résidanat de médecine d'Alger

* PEC en cas de séroconversion maternelle *

↓
Spiramycine + surveillance écho

↓
amniocentèse vers 20-22SA
(respecter délais de 4 sem entre contamination et amniocentèse)
= Recherche de Toxo.

Dc anténatal ⊕

↓
- TRT curatif
- surveillance écho +
IRM fœtale

Dc anténatal ⊖

↓
- maintien Spiramycine jusqu'à accouchement
- surveillance écho / mois +
IRM fœtale

accouchement

↓
Suivi postnatal pdt min 1 an
+ TRT curatif

↓
Suivi postnatal pdt min 1 an
Ø TRT.

Rubéole: infect^{ieuse} virale.

- transmission respiratoire
- PI rubéoleuse au cours du T1 → embryofœtopathie grave = rubéole congénitale.
- Prévent^{ion}: vaccin.
- tableau clinique n'est pas spécifique. (phase éruptive incertaine)
- Dc repose sur la sérologie: IgM ⊕, IgG ↑ entre 2 prélèvements à 15j d'intervalle.
- Rubéole congénitale: RCIU
cardiopathies, ++
anomalies cérébrales = microcéphalie, callosité, retard mental, ...
" ophtalmo: microphthalmie, cataracte, glaucome
surdité d'origine centrale.

Le risque de malf^{ormations} et fct^{ionnelles} de l'âge gestationnel:

- < 13SA → risque majeur
- 13-18SA → " de surdité.
- > 18SA → Ø risque de malf^{ormations}.

- Réaliser la sérologie rubéoleuse:

- Systématiquement: T1 de grossesse.
- si éruption maternelle évocatrice (visage, tronc, extrémités et confluentes)
sérologie ds 48h.
- si contact avec ⊕ ayant éruption suspecte.
- Bilan prénatal

La faculté: Référence de résidanat de médecine d'Alger

- patiente séro \ominus : contrôler la sérologie 18-20SA pour éliminer PI pdt la période à risque pour le fœtus.
 - vacciner en PP.

- patiente séro \oplus : (IgG \oplus) immunité probablement ancienne (vaccin)
 - au moindre doute sur la possibilité de PI \Rightarrow contrôle de la sérologie 15j plus tard \Rightarrow si IgG stable = immunité ancienne
 - ou mesure avidité

PEC:

PI avant 18SA

\downarrow
De infect⁺ fœtal = amniocentèse. 5 sem après séroconversion maternelle
 \downarrow
surveillance echo / mois
= recherche du virus par PCR.

Prévent⁺ = vaccin.

VIIH:

- il \exists transmission materno-fœtale du virus surtt en fin gsse + accht
Ce risque varie selon le stade de l'infect⁺, charge virale, nbre LT4, avec âge mœe
Ce risque \uparrow lorsqu'il \exists : RPM, préma, chorioamnionite.
- * Prévent⁺ de l'infect⁺ materno-fœtale:
 - dépistage maternel systématique en début de gsse.
 - suivie de la gsse + TRT anti-rétroviral + CSR prophylactique.
(charge virale + LT4) voie basse autorisée si charge virale \ominus
 - PEC + TRT du NN.
pour obtenir charge virale indétectable
 - ϕ allaitement maternel

HSV:

- herpès génital \rightarrow herpès néonatal par contaminat⁺ au cours de l'acht.
par contact avec sécrét⁺ génitales infectées.
 - passage transplacentaire exceptionnel.
 - herpès néonatal \rightarrow décès + séquelles neuro { septicémie herpétique
méningo-encéphalite herpétique
- Prévent⁺ \rightarrow si PI maternelle ou récurrence \Rightarrow TRT anti-viral: Aciclovir jusqu'à accht + CSR prophylactique.
- \rightarrow si ATCDs d'herpès génital \Rightarrow voie basse + mesures d'asepsie.

Syphilis:

.. risque de transmission hématogène transplacentaire = Syphilis congénitale.

- Risques fœtaux
 - avant 4^e mois: < 18 SA: ϕ de risque infect^{io} fœtale.
 - > 18 SA: infect^{io} fœtale possible avec risque de:
ABRT spont tardif, MIV, Préma.

+ lésions cutané. muq, osseuses, pelyviscérales

* la prévention:

- dépistage obligatoire début gsc.
- si mère infectée: ATB: pénic M ou érythro mycine
avant 4^e mois pour éviter contournat^{io} fœtale.
- PEC NNÉ → TRT ATB si infect^{io} (+).

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



LA FACULTÉ

Référence du concours de résidnat

Avis de non-responsabilité

Si vous êtes l'auteur ou le copyrights propriétaire d'un contenu sur notre site, contactez-nous sur:
facadm16@gmail.com

Tous les utilisateurs doivent savoir que l'équipe "La faculté" ne peut être responsable et condamne toute violation des droits d'auteur.

Toute utilisation lucrative sans la permission du propriétaire des droits d'auteur exposer l'utilisateur au suivi légal.



Pour télécharger plus de résumés et documents magnifiques pour résidanat d'Alger, veuillez scanner ce code avec votre application messenger et mentionner le nom du module que vous cherchez, par exemple "cardio" pour recevoir les liens de téléchargement de cardiologie. veuillez insérer un module à la fois, une fois vous recevez les liens du premier module, vous demandez un autre module (neuro, endocrino, biochimie ...)

liq amniotique nle et pathologique

- le LA est en cst renouvellement au cours de la gsse : renouvelé tt les 3 h
- liquide clair, transparent ; blanchâtre fin gsse, odeur fade, $\text{pH} = 6,9 - 7,2$

compositⁱ:

- 99% eau
- électrolytes : Cl^- , HCO_3^- , Na^+ , K^+ , Ca^{2+} , Mg^{2+}
- Protéines à propriété bactéricide, hormones, lipides, enz, AC.
- $\phi = \phi$ de l'amnios + ϕ épidermiques fœtales.

Volume:

- $< 20\text{SA} \rightarrow \uparrow$ progressive de la productⁱ.
- $> 20\text{SA} \rightarrow$ volume reste cst jusqu'à 33-34SA : \downarrow progressivement surtt après 39SA.

- en $\bar{M} = 1200\text{ ml}$
à terme : 1-2 l.

le volume du LA est estimé en pratique par l'écho obstétricale.

Formatⁱ LA:

① jusqu'à 22-23SA: peau fœtale:

transsudatⁱ à travers l'épiderme fœtal non kératinisé \Rightarrow LA reflète du sérum fœtal
 $> 20\text{SA} =$ Kératinisé: délitératⁱ de la communicatⁱ
passage depuis la circulatⁱ maternelle est possible.

② à partir 23SA: \rightarrow productⁱ: mictⁱ fœtal (fonctionnem^t rénal)
 \rightarrow résorptⁱ: déglutitⁱ (maturatⁱ gastro-intestinale)
Déglutitⁱ < mictⁱ

déséquilibre entre entrées et sorties. \Rightarrow pathologies LA.

⚠ qité LA = reflet du fonctionnem^t nle des fonctⁱ physiologiques fœtales:

- diurèse \rightarrow perméabilité + bon fonctionnem^t des reins + arbre urinaire
- déglutitⁱ \rightarrow bon fonctionnem^t du mécanisme neurologique + perméabilité des voies digestives.

Rôle du LA:

- * Rôle antibactérien: propriété bactéricide et bactériostatique du LA \uparrow au cours gsse du fait de la présence d'AC, blyssines, ophe prot. Zn, cytokines, lysozymes, peroxydase, ...
- * Rôle environnemental: entoure complètement le fœtus à par du 4^e mois gsse
 - garantit la stabilité de l'environnem^t
 - le fœtus flotte librement ds LA \rightarrow croissance externe symétrique + évolutⁱ des mvs du fœtus + organisatⁱ oséo-musculaire + articulaire
 - Régulatⁱ thermique.

La faculté: Référence de résidanat de médecine d'Alger

- * Rôle mécanique: le LA étant incompressible, il permet d'amortir les chocs externes + évite compression du cordon
- * Rôle physiologique:
 - Hydrat² du fœtus
 - pdt accouch^t: format² de PDE + lubrifi² de la filière génitale après rupture des mb + facilite les progrès de la présentat².

Anomalies du LA:

• Hydramnios = ↑ qité du LA > 2L

du à $\left\{ \begin{array}{l} \text{anli² résorpt²: } \downarrow \text{ déglutit², imperméabilité du tractus digestif fœtal} \\ \text{excès product²: } \text{fœtus (anli² SNC laissant à nu les méninges) ou les annexes} \\ \text{anli² régulat² = idiopathique.} \end{array} \right.$ (infl² cordon ex amnios)

Étiologies:

- Fœtales ⁺⁺⁺:
 - malformat² du SNC; cardiaque ^{severe} appareil digestif (atresie de l'œsophage, ...), pulm, T² cervicale ou rénale ou sacro-coccygienne
 - aberrat² chromosomique: T₂₁ et T₁₈
 - Σ² polymalformatif.
 - malformat² de la face: fente palatine
- maternelles =
 - diabète
 - incompatib² sg, Rh
 - anémie severe.
 - infect²: syphilis, Toxo, CMV, parvo virus.
- annexielles:
 - anli² vx au n² du placenta: chorio-angiome

Hydramnios A: rare + précoce: entre 16 et 26 SA, installat² rapide + V² imp.

- De @:
 - ↑ volume utérin d'un coup.
 - ↑ du volume est douloureuse, mal supportée ^{Dol² ou lombaire en ceinture} + dyspnée, cyanose, tachycardie, OMI, vms^t
 - à l'examen: hauteur utérine ↑ > âge gestationnel CVC abdominale + tension permanente DL, peau tendue luisante BCF assourdis, palpat² du fœtus impossible
 - Signe de Glagon: quand on appuie, la tête fœtale descend puis remonte
 - Signe du flot: vibrat² perçues par la main appliquée sur l'utérus, l'autre main donnant une légère frappe.
 - TV: signes indirects de tension + PDE bombante. col déhiseux, SI tendu et aminci la percuss²: matité à convexité sup

La faculté: Référence de résidanat de médecine d'Alger

- Dc ≠ :
 - ascite
 - kyste de l'ovaire
 - fibrome
 - erreur de terme
 - gsse multiple nn compliquée d'hydramnios

• Étiologies :

- gsse gemellaire monochoriale, monoamniotique ou biamniotique avec déséquilibre entre les 2 circulat^{rs}
- mal^{ts} fœtales : SNC (anencéphale, hydrocéphalie, spina bifida) digestives (atrésie de l'œsophage) pulm (kyste adénomateux).

Hydramnios chronique : fœtal, apparaît tardive > 28 SA

- tableau clinique moins complet, d'installat^{rs} insidieuse, progressive
- signes généraux

• Étiologies :

- incompatibilité sg fœto-maternelle
- diabète maternel
- mal^{ts} SNC, cardiaque sévère, digestive, fente labiale
- aberrat^{rs} chromosomique
- gsse gemellaire monochoriale
- anastomoses vx placentaires
- infect^{rs} maternelles : CMV, parvovirus B19, herpès, syphilis, Toxo.

Cplct^{rs} de l'hydramnios :

- accouch^t prématuré +++
- RPM
- dystocie dynamique
- décollem^t placentaire
- Procidence du cordon
- Présentat^{rs} vicieuse
- Hg^{rs} de la délivrance par atonie utérine
- embolie amniotique.

Pc :

- mal^{ts} fœtal
- mortalité périnatale

- SFÂ et chronique.
- Prématurité

Bilan étiologique :

- glycémie à jeun + HGPO
- RAH
- test de Kleihauer
- sérologies maternelles

+/- amniocentèse + caryotype fœtal et recherche virus

TRT :

- Ⓐ :
 - Ⓐ obligatoire
 - ponct^{rs} évacuatrice

- chroniq :
 - repos + prescript^{rs} de Tocolytique si MAP
 - amniocentèse répétée (mais risque de lanch^t)
 - TRT étiologique

• L'oligamnios: $LA < 250 \text{ cc}$

en dehors de RPM, l'oligamnios est dû à oligurie ou anurie fœtale.

- conséq:
- Σ^d polymalformatif: hypoplasie pulm, déformat² squelettique et articulaire
 - Prematurité spontanée ou provoquée
 - accouchement dystocique
 - Présentat² de siège
 - compression du cordon
 - risque \uparrow de mortalité périnatale.

! si oligamnios sévère = Pc léthal

• étiologies: en dehors de RPM:

• causes fœtales:

* malf² rénales \pm

- Néphropathies bilat: agénésie, dysplasie, polykystose rénale
- uropathies obstructives: atésie de l'urètre, valves de l'urètre post, sténose du col vésical, compression urétérale.

• causes maternelles:

- \downarrow LA est liée à hypoxie fœtale avec \downarrow perfusion rénale + pulm (SFC) \pm RCIU
- Σ^d vasculo-rénal
- tabagisme maternel
- hypothyroïdie

* aberrat² chromosomiques, Σ^d polymalf²

* infect² (CMV, rubéole ...)

- Dc:
- contexte: RPM, SFC, dépassent de terme.
 - \downarrow MAF
 - utérus moulé sur la présentat²
 - ϕ ballotement abd
 - hauteur utérine < 2 déviat² standards pour l'âge gestationnel.

- CAT:
- recherche étiologique: écho + caryotype
 - amnio-infusion: inject² intra-amniotique de sérum physiologique
! permet parfois Dc de RPM: inject² de Deu Evans ou carmin indigo
 - parfois, si oligoamnios sévère et $< 20 \text{ SA}$ \Rightarrow interrupt² de gse
 - si T3 + SFC (HTA, toxémie, départ de terme) \Rightarrow déclench², césarienne

La faculté: Référence de résidanat de médecine d'Alger

∴ RPM: solut² de continuité au n² des mb aut ut.

- Dc ④: anamnèse + examen au spéculum: Signe de Tarnier.
- ex. compl:
 - Test à la diamine oxydase.
 - " " nitrazine (Amnicabr).
 - L'IOFBP₁.
 - la fibronectine.
- Dc #:
 - fuite d'urine
 - rupture d'une poche amniochoriale.
 - sécrét² accumulées entre caduque utérine et caduque réfléchi.
- cplct²:
 - maternelles: infectieuses ou Hsique.
 - fœtales: Préma
 - mortalité périn et néonatale.
 - hypoplasie pulm.
 - funiculaires: procidence ou compression du cordon.
 - trés du ryth^e cardiaque fœtal.
 - séquelles neuross à distance.
- CAT:
 - \oplus ² - Tocolyse
 - ATB - CTC < 34SA
 - PEC obstétricale selon le terme

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



LA FACULTÉ

Référence du concours de résidnat

Avis de non-responsabilité

Si vous êtes l'auteur ou le copyrights propriétaire d'un contenu sur notre site, contactez-nous sur:
facadm16@gmail.com

Tous les utilisateurs doivent savoir que l'équipe "La faculté" ne peut être responsable et condamne toute violation des droits d'auteur.

Toute utilisation lucrative sans la permission du propriétaire des droits d'auteur exposer l'utilisateur au suivi légal.



Pour télécharger plus de résumés et documents magnifiques pour résidanat d'Alger, veuillez scanner ce code avec votre application messenger et mentionner le nom du module que vous cherchez, par exemple "cardio" pour recevoir les liens de téléchargement de cardiologie. veuillez insérer un module à la fois, une fois vous recevez les liens du premier module, vous demandez un autre module (neuro, endocrino, biochimie ...)

maladies trophoblastiques,

Môle hydatiforme:

anlie de l'oeuf caractérisé par = anlie du dvlt placentaire

- dégénérescence polykystique et hydropique d'une partie ou de la totalité des villosités chorionales.

- proliférat^o trophoblastique :
 - format^o de vésicules translucides en grappe de naïrin
 - sécrét^o excessive des HCG.

FDR

- âge maternel < 20 ans et > 40 ans (les 2 extrêmes)
- âge du conjoint > 45 ans.
- consanguinité
- ATCDs de mde hydatiforme, ABRT, GG.
- grpe sg A⁺, AB
- multiparité
- éthnie, grpes HLA.
- déficit en Bcarotène et rétinol (vitA)
- saisons: automne⁺⁺⁺

Pathogénie:

La môle partielle: sa nature est presque toujours triplée:

- 85% paternel = diandrie: \rightarrow fécondat² ovule haploïde (1N) par SPX diploïde (2N)
 ++ " " " (1N) par 2 SPX haploïdes

- 15% maternel = digynie : \rightarrow fécondat² ovule diploïde (2N) par SP2 haploïde (1N)
 \searrow non séparat² du 2^e globe polaire de l'ovule.

↳ **mère complète**: la mère donne l'ensemble du cytoplasme de son ovocyte, le père apporte la totalité du noyau.

- le + svr: 1sp \times (23, x) qui se duplique (46, xx)
- normalement: dble fécondatⁿ par SP \times X et SP \times Y (46, XY) ou 2SP \times x

Môle hydratée forme complète:

$$\therefore \underline{DC \perp QD}$$

- métrorragies au T1 (+ vésicule) peu abondantes, irrégulières, ↑ progressivement
- hauteur utérine > âge gestationnel utérus accordéon (évaluant et reconstituant des kystes) jusqu'à expulsion
- utérus ramolli (ramolissement exagéré) - ϕ BCF
- signes sympathiques de la g^{ise}: DL de type de coliques expulsives - HIA
- Toxémie et hyperthyroïdie (suite ↑ β HCG) ϕ lct^o: Hg^{ie}, anémie, toxémie

Echo [↖]:

- ϕ cavité amniotique + ϕ E^2 .
- cavité utérine dilatée + images hyperechogènes hétérogènes en "grappe", en "nid d'abeille" ou en "tempête de neige".

Bio: taux anormalement ↑ de β HCG. > 500 000 UI/l

Histologie:

- * macroscopie : - masse intra utérine volumineuse, friable, d'aspect amniotique, ni mb
- aspect vesiculaire en "grappe de raisin", allant de 1 à 3 cm de diamètre, translucides ou opaques, tendues, d'aspect cireux, limpide ou jaunâtre.

La faculté: Référence de résidanat de médecine d'Alger

- * Microscopie:
 - villosités sont nombreuses, relativement homogènes en taille, hydropiques, kystiques et avasculaires.
 - œdème du stroma.
 - hyperplasie trophoblastique bimorphe: cyto + syncytiotrophoblaste: amas détachés de ϕ trophoblastiques comportant des vacuoles intra cytoplasmiques volumineuses remplies de matériel lipidique + glycogène.
 - atypies cyto- nucléaires + noyaux irréguliers, chromatine dense, homogène, cytoplasme relativement opaque.

Môle hydatiforme partielle:

- ∴ De ⊕:
 - soit ABAT spontanées.
 - Hg⁺ utérine, taille utérus nle ou l, BCF parfois présents,
 - β HCG ds les limites de la normale.
 - écho: anlies fœtales: œuf clair, microvésicules parfois \mathcal{E}^2 ou fœtus en retard de croissance.

Histologie:

- * macroscopie:
 - œuf claire ou comportant un \mathcal{E}^2 généralement décadé.
 - grde cavité amniotique.
 - villosités vésiculaires.
- * microscopie:
 - alternance de villosités nles et anles (hydropiques)
 - \mathcal{E}^2 n'est pas très apparent mais ses traces \exists .
 - atypies cyto- nucléaires minimales.
 - hyperplasie trophoblastique très modérée.

∴ PEC: évacuatiⁿ précoce + complète: curetage aspiratif écho-guidé sous perfusion + examen anatopath. des produits de curetage d'ocytocine.
assurer une vacuité totale de la cavité utérine.

∴ Surveillance: clinique (soignem^t, involutⁿ de l'utérus + kyst^s)
- Rx: écho pelvienne + TLT.
- Bio: β HCG: dosage hebdomadaire jusqu'à rémission complète:
(délai de 8-12 sem) 3 dosages hebdom successifs \ominus

∴ PC: Evolutⁿ en gte favorable

- si ϕ normalisatⁿ HCG ds 12 sem \Rightarrow môle trophoblastique persistante: MTGP

plz hypothèses

- rétentⁿ \Rightarrow un second curetage aspiratif.
- môle invasive.
- choriocarcinome \Rightarrow chimio

- récidive imp \Rightarrow contraceptⁿ (pdt durée de surveillance) pour éviter g^{ss} intercurrente
- g^{ss} ultérieures peuvent être nles, mais au moins 1 an à 2 ans après.

La faculté: Référence de résidanat de médecine d'Alger

Mole invasive: ou chorionadénocarcinome: (métastatique → Vagin + poumon)

c'est une mole caractérisée par un potentiel d'invasion du myomètre

Clinique:

- métrorragies abondantes voir hémorragie interne
- DL pelviennes
- Kystes lutéiniques

TRT:

- chimiothérapie MTX
- si ♀ multipare, âgée ⇒ hystérectomie

DC:

- $\beta\text{HCG} \uparrow$
- écho: image intra myométriale doppler ⇒ ϕ néovx
- bilan d'ext² \ominus :
écho abd-pelv + TLT + TDM abd.

Histologie

- macros: 1 nodule Hgrique envahissant le myomètre.
- micros: villosités molaires ds myomètre dont axe chorion est hydropique parfois nécrotique.

Choriocarcinome:^{exceptionnel} c'est la dégénérescence d'une mole hydatiforme

TR maligne placentaire qui peut se voir après un ABRT ou g^{ste} nle envahissant l'organisme maternel.

- 50% après mole hydat
- 25% après ABRT
- 22,5% après g^{ste} nle.
- 2,5% après GEU

Clinique:

- Hg^{re} répétés, irréguliers ne répondant pas aux TRT.
- AEG.
- DL
- \uparrow discrète du volume de l'utérus
- asymétrie ou ramolliss^t localisé.
- \exists nodules vaginaux bleutés.

Ex compl:

- $\beta\text{HCG} \uparrow$
- image irrégulière intra utérine.
- Vascularisat² anarchique.

Histologie:

- macroscopie: - module Hgrique +/- nécrosé, irrégulier intra myométrial
- rarement s/f masse charnue grisâtre de taille variable.
- microscopie: - proliférat² biphasique: ϕ mononucléés = cytotrophoblaste, trophoblaste intermédiaire + ϕ multinucléés: syncytiotrophoblaste sans villosités chorionales.
- larges foyers de nécrose + Hg^{re}
- nbreuses mitoses + atypies cyto-nucl + embols vx + infiltrats lymph^q
- IHC: CK⁺, $\beta\text{HCG}+$ (ϕ syncytiotrophoblaste)

Classificat² FIGO:

- Stade I: TR limité à utérus
- Stade II: méta vagin + pelviennes
- Stade III: ~ hépatiq + pulm
- Stade IV: ~ à distance

- TRT : - mono ou poly chimiothérapie -
- Hystérectomie totale + annexectomie bilat.

décision thérap selon **score de l'OMS**

- âge
- taux initial de β HCG
- délai entre m^{de} causale et apparit^{io} du chorioncar
- taille de TR.
- échec ant de la chimio.
- type de g^{ss}e initiale.
- siège + nbre de TR

• risque faible ≤ 4

• " \overline{m} = 5-7

• " élevé ≥ 8

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



LA FACULTÉ

Référence du concours de résidnat

Avis de non-responsabilité

Si vous êtes l'auteur ou le copyrights propriétaire d'un contenu sur notre site, contactez-nous sur:
facadm16@gmail.com

Tous les utilisateurs doivent savoir que l'équipe "La faculté" ne peut être responsable et condamne toute violation des droits d'auteur.

Toute utilisation lucrative sans la permission du propriétaire des droits d'auteur exposer l'utilisateur au suivi légal.



Pour télécharger plus de résumés et documents magnifiques pour résidanat d'Alger, veuillez scanner ce code avec votre application messenger et mentionner le nom du module que vous cherchez, par exemple "cardio" pour recevoir les liens de téléchargement de cardiologie. veuillez insérer un module à la fois, une fois vous recevez les liens du premier module, vous demandez un autre module (neuro, endocrino, biochimie ...)

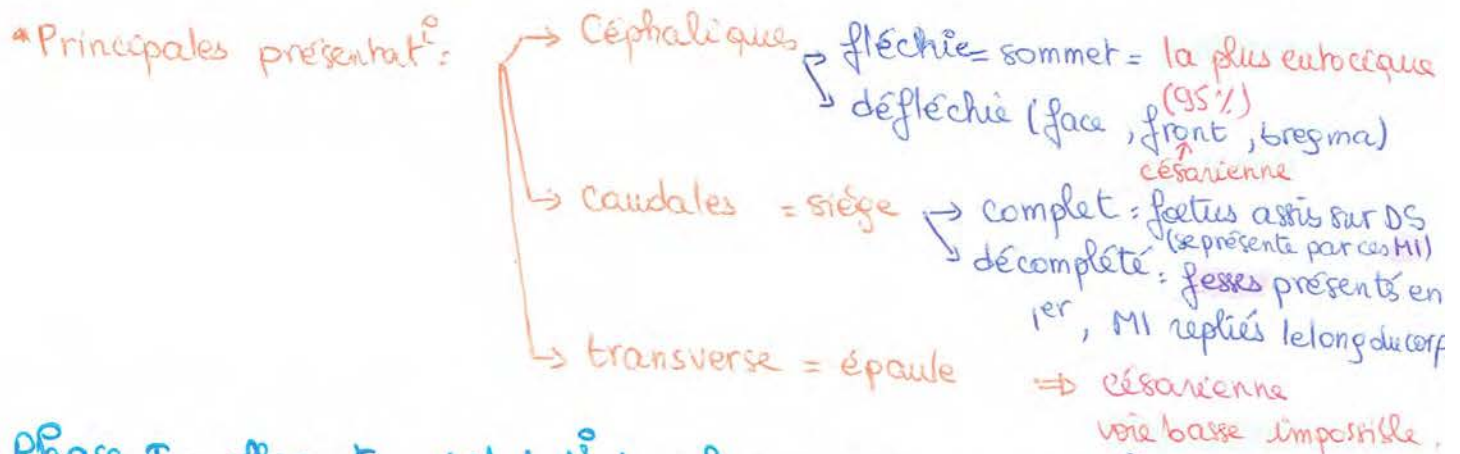
- $< 37\text{SA} \Rightarrow$ préma
- $37-42\text{SA} \Rightarrow$ à terme
- $> 42\text{SA} \Rightarrow$ post terme

Mécanisme de l'accouchement

\rightarrow nle = eutocie
 \rightarrow anle = dystocie

- lors de l'accouchement, le fœtus doit franchir 3 obstacles : **col + bassin + périnée**
- travail \rightarrow 3 phases :
 - ① effacement + dilatation du col
 - ② expulsion du fœtus = accouchement proprement dit : c'est la progression du fœtus ds l'excavation pelvienne
3 bps : engager \rightarrow descente + rotation \rightarrow dégagement
 - ③ délivrance = expulsion du placenta + mb.

• la présentation : partie du fœtus qui entre en contact avec DS
c'est la 1^{re} partie à s'engager ds l'excavation pelvienne.
elle est importante pour le bon déroulement de l'accouchement.



• Phase I : effacement + dilatation du col : c'est une association de :

- contract² utérines DL, rapprochées, régulières, dont la durée + fréquence act² des CU : effacement dilatation du col, act² sur les mb, act² sur le muscle fondamental
- modification du col : se raccourcit (s'efface), se centre, se ramollit \rightarrow s'ouvre complètement (10cm) **graduellement**

• Phase II : Progression du fœtus : 3 phases successives :

① **engager** : franchissement du DS par le plus gr^d diamètre de la présentation.
 \rightarrow la forme du DS exige que l'engagement s'oriente ds le **diamètre oblique** et puisque l'utérus gravidique est en **dextrorotation** \rightarrow le diamètre oblique le plus emprunté est le **diamètre gauche (OIGA+++)**

\rightarrow une fois la présentation engagée, elle amorce sa descente ds l'excavation pelvienne et la césarienne devient impossible. (signe palpatoire)

\rightarrow Dc est clinique **Signe de Fabre** \rightarrow si distance acromio-pubienne $< 7\text{cm} = \text{Dc} \oplus$
Signe de Farabeuf : les 2 doigts vaginaux dirigés vers la 2^e vertèbre sacrée rencontrent la tête fœtale et sont arrêtés par elle

⚠ Dc parfois difficile si format² grosse tête sur pole céphalique peut travailler

La faculté: Référence de résidanat de médecine d'Alger

- ② **descente + rotat²**: la descente se fait en 2 tps =
① suit l'axe ombilico-coccygien de la mère
② changement d'axe qui devient horizontal et forme A avec axe omb-coccyg
→ descente de la présentat² ds l'excav² pelvienne jusqu'au plan du DI où elle s'appuie sur le périnée (la descente se termine lorsque le repère de la présentat² arrive sous la symphyse pubienne)
→ en m² tps, la **rotat²** s'effectue: elle est expliquée par le fait que l'engagem^t se fait en présentat² oblique/transverse alors que la forme du DI (losangique) impose une présentat² **verticale** pour le dégagem^t.
(la majorité des cas = descente en spirale)
(le repère de la présentat² est nommé en regard de SP) (diamètre sagittale)
ex: OIGA → doit effectuer une rotat² de **45° en ant** pour devenir OF
alors que les variétés post → rotat² de **135°** = plus difficile.

⚠ la rotat² est presque tjrs vers l'avant.

- ③ **dégagem^t**: franchissem^t DI + diaphragme pelvien. = expulsion du fœtus
→ à la fin de la descente, la tête fœtale s'appuie sur le périnée, la patiente a envie de pousser.
→ le dégagem^t se fait s/act² des **contract² utérines** renforcées par les efforts de poussée abdominale (efforts expulsifs maternels) simultanée à la CU → périnée + vulve se distendent → **zone s/occipitale** de la tête fœtale vient se bloquer contre SP → facilite le mvt de **déflexion** (la présentat² adopte attitude de flexion)
(le dégagem^t se fait au tour d'un pt fixe = BI de SP = pivot)
de la tête et sa sortie: le s/occiput reste s/ SP alors que le front amplie le périnée post et monte vers la vulve
→ 2 variétés ⚡ OP presque tjrs
⚡ OS.
⚡ le dégagem^t suit le diamètre antéro-post du DI: ϕ s/pubo-coccyg = 9,5 cm
→ lors du dégagem^t, le mvt doit être contrôlé et progressif, il faut surveiller le **périnée post** pour prévenir sa déchirure
une épisiotomie est parfois nécessaire.
⚡ le dégagem^t des épaule: l'opérateur saisit la tête entre le menton et le s/occiput, ↑ mvt de **restitut²** pour orienter l'occiput vers l'arrière, puis tire avec douceur vers le **bas** pour dégager **l'épaule ant** qui apparait s/ SP, puis redresse progressivem^t l'axe de **tract²** vers le **haut** pour dégager **l'épaule post**. le reste du corps suit sans difficultés
le cordon ombilical est clampé + sectionné à distance de l'abdomen.

* **Phénomènes dynamiques** = CU + efforts expulsifs (ne doit pas excéder 35')

* **Phénomènes plastiques** = déformat² du fœtus lors de son passage: (nle = 10-20')

- ↳ déformat² intrinsèque = certains ϕ bisacromial par tass^t
- ↳ chevauch^t des os du crâne
- ↳ déformat² portant sur les plans superficiels

∴ Phase III: la délivrance: la période la plus dangereuse pour la mère: risque Hg^{ie} grave → Pc vital
Précédée par une phase de repos: 15-20' (max: 30') puis réapparition des CU.
elle comporte 3 phénomènes:

- ① décollement du placenta: après expulsion du fœtus, la reprise des CU permet le décollement du placenta.
→ constitué d'un HRP physiologique entre caduque compacte et spongieuse
- ② expulsion: s/ influence CU + poussée maternelle + aidée par l'opérateur + pds du placenta
- ③ hémostase: n'est possible que si utérus est vide: rétract^{ie} utérine:
les fibres musculaires collatent les vx (ligature vivante)
→ ↓ taille utérus: rétract^{ie} + durcis^t: pôle sup passe s/ ombilic → globe utérin de sécurité
puis hémostase bio: coag^{ie}: sg: thrombus pp.
→ un retard d'expulsion du placenta (rétent^{ie} complète),
persistance de débris (rétent^{ie} partielle) ou défaillance du muscle utérin (atonie utérine) ⇒ Hg^{ie} de la délivrance
→ la délivrance nle se fait ds un délai de 30' après naissance

la surveillance maternelle en salle de naissance doit être d'au moins 2h après accouchement

⚠ éléments de Pc de l'accouchement:
↳ fœtus: pds + posit^{ie}.
↳ dynamique utérine (CU)

la délivrance physiologique doit réunir:

- délivrance complète
- vacuité utérine complète
- bonne rétract^{ie} utérine
- coagulat^{ie} sg nle.

* engagement = 3 tps =

① orientat^{ie}: coïncider (superposer) le plus grnd φ de la présentat^{ie} sur l'un des φ du OS à franchir.

② amoindris^t: obtenu par des modif^{icat} de l'aptitude de la présentat^{ie} compatible avec le φ emprunté par la présentat^{ie}.

③ engagement prepressant dit:

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



LA FACULTÉ

Référence du concours de résidnat

Avis de non-responsabilité

Si vous êtes l'auteur ou le copyrights propriétaire d'un contenu sur notre site, contactez-nous sur:
facadm16@gmail.com

Tous les utilisateurs doivent savoir que l'équipe "La faculté" ne peut être responsable et condamne toute violation des droits d'auteur.

Toute utilisation lucrative sans la permission du propriétaire des droits d'auteur exposer l'utilisateur au suivi légal.



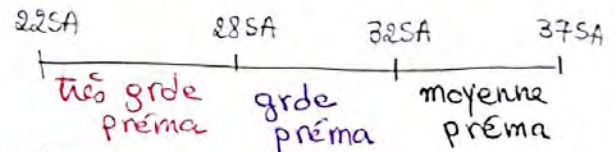
Pour télécharger plus de résumés et documents magnifiques pour résidanat d'Alger, veuillez scanner ce code avec votre application messenger et mentionner le nom du module que vous cherchez, par exemple "cardio" pour recevoir les liens de téléchargement de cardiologie. veuillez insérer un module à la fois, une fois vous recevez les liens du premier module, vous demandez un autre module (neuro, endocrino, biochimie ...)

Menace d'accouchement préma

mortalité + morbidité
péri-natale (séquelles
neuro+++)

• **accouchement préma**: accouchement d'un fœtus > 500g > 22SA, respirant ou manifestant des signes de vie.

• **MAP**: CU + modification cervicales.



* 1^{re} cause de mortalité + morbidité périnatale = Risque de:

- détresse resp + mdie des mb hyalines.
- souffrance cérébrale + Hgic intra-ventriculaire
- entérocite ulcero-nécrosante
- les Infect[°].
- ictère néonatal sévère.
- hypoglycémie
- hypothermie
- cplct[°] liés à la rda.
- séquelles neuro-sensorielle.

Distillène = œstrogène de Esc
actuellement ⇒ prescrit[°] interdite
Car ⇒ diverses mal[°] utérines +
cervicales chez filles nées de
mères ayant pri Distillène.
⇒ cplct[°] obst: ABRT, AP, prééclampsie
+ risque du K[°] du vagin.

Etiologies:

① causes maternelles =

40% cas ⇒ idiopathique

• **FDR**:

- ATCDs d'accouchement préma.
- ATCDs d'ABRT.
- âge < 18 ou > 35ans
- travail pénible, long trajet
- g^{ss} rapprochées.
- bas n[°]SE
- tabac, stress.
- primi ou grde multipare

• **causes gles**:

- inf[°] ++: surtt urinaires (rechercher systématiq^t)
car favorise CU (m[°] F[°])
penser à la listériose
- anémie, diabète, HTA, cardiopathies

• **causes locales**:

- **mal[°] utérines**:
↳ cong: utérus bi/unicorne, cloisonné, hypoplasique.
- ↳ acquise: synéchies, fibrome, u. cicatriciel.
- **lésion cervico-isthmique**:
De à anamnèse: ATCDs ABRT tardive, expulsion fœt d'un fœtus vivant, ATCDs de CU trs rapide.

② causes ovulaires:

- GG
- PP, HRP
- hydramnios
- macrosomie
- RCIU
- mal[°] fœtales
- chorioamnionite
- RPM

De +: **Triade**: Terme < 37SA + CU régulières, douloureuses + modification du col (ramolissement, effacement, dilatation) (TV)
min chq 10'

• clinique: CU + métrorragie + écoulement LA (RPM)

• Paraclinique: 2 ex syst: Écho endovaginale (état col) + électrocardiogramme (étude CU + ERCA)
+ ex d'usage étio (ECBU, FNS, CRP, Prêt vaginal, ...)

TRT:

① TRT curatif:

- $\text{H}^{\text{+}}$ + repos si MAP sévère
- TRT étiologique +++
 - ATB si inf^o
 - ponctⁱ évacuation si hydramnios.
- TRT symptomatique: **Tocolytiques** (CI: chorioamniotite + SFA¹ + MIU + PP Hgique)
 - avant 34 SA
 - ↳ B₂ mim (Salbutamol) +++ (Nouperos) pdt 48h.
 - ↳ AINS
 - ↳ antagonistes de l'ocytocine (Atosiban[®])
 - ↳ inhibiteurs Ca.
 - ↳ Sulfate de Mg.
 - ↳ progestatifs
- Autres: **aut 34 SA** ⇒ CTC pour maturatⁱ foetale pulm.

après 34 SA:
Ø TRT

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



LA FACULTÉ

Référence du concours de résidnat

Avis de non-responsabilité

Si vous êtes l'auteur ou le copyrights propriétaire d'un contenu sur notre site, contactez-nous sur:
facadm16@gmail.com

Tous les utilisateurs doivent savoir que l'équipe "La faculté" ne peut être responsable et condamne toute violation des droits d'auteur.

Toute utilisation lucrative sans la permission du propriétaire des droits d'auteur exposer l'utilisateur au suivi légal.



Pour télécharger plus de résumés et documents magnifiques pour résidanat d'Alger, veuillez scanner ce code avec votre application messenger et mentionner le nom du module que vous cherchez, par exemple "cardio" pour recevoir les liens de téléchargement de cardiologie. veuillez insérer un module à la fois, une fois vous recevez les liens du premier module, vous demandez un autre module (neuro, endocrino, biochimie ...)



- arrêt de l'activité cardiaque survenant après 28 SA
avant 22SA = rétenti^o d'œuf mort 22SA pour OMS
si âge gest inconnu \Rightarrow pds $> 500g$
- rétenti^o fœtale : débute 48 après MIU et s'achève à l'expulsion.
- la MIU ne déclenche pas le U.
- le fœtus va subir des modificati^o qui permettent d'évaluer le terme aut MIU + durée de rétenti^o:
 - \rightarrow entre 3^e-5^e mois \Rightarrow momifi^ocat^o
 - \rightarrow $> 5^e$ mois \Rightarrow macérat^o \therefore au bout de 48h : décollement de l'épiderme allant de bas en haut, début au n^o malléoles, se fait par infiltrat^o d'un liq séro-hématique.
- 3^esg : le liq s'infiltré entre voûte crânienne et cuir chevel
- 8^esg : tête flasque, déformée, les os du crâne se chevauchent + cuir chevelu se plisse.
 \downarrow
ramollissement complet (cerveau, viscères)

! fœtus mort peut libérer thromboplastine \rightarrow CIVD \rightarrow

Clinique:

- souvent GHR
- ϕ MAF + \downarrow volume du ventre
- ϕ BCF à auscultat^o.
- écho+++ \Rightarrow ϕ activité cardiaque + signes de macérat^o + immobilité fœtale
- EG s'améliore (\downarrow œdème, TA, protéinurie)
- volume utérus $<$ terme, mou, non contractile
- palpat^o: pôles fœtaux imprécis +/- crépitat^o à la tête
- sein : écoulement du lait à la place du colostome.
- TV: P^o mal accommodée, \downarrow ballotement fœtal.
- ERCF: ϕ trace

Ds 80% cas \Rightarrow expulsion spont 15j après MIU

! Radio du contenu utérin: signes de rétenti^o tardives :
chevauchement des os du crâne + angulat^o du rachis

Etiologies:

- causes gles : risque \uparrow avec âge + parité + ASE défav + ATCDs de MIU
certaines professions : Ryx, industrie de métal, exploitat^o agricole
- HTA gravidique: RCIU avant MIU, via cplct^o; HRP, éclampsie.
- diabète: suite à cplct^o métab surtt acidose lactique. (surtt si DIO)
- maladies maternelles graves
- mdie de syst: certains Ac maternels ont une toxicité fœtale ou placentaire
ex: anti SSA \rightarrow BAV complet.

La faculté: Référence de résidanat de médecine d'Alger

- pathologies hépatiques: cholestase gravidique, stéatose A gravidique
- anoxie A par atteinte placentaire ou fœtale: HRP, infarctus placentaire A, PP, décollement marginal, circulaire du cordon + nœud serré, hématome ou chorioangiome placentaire, thrombose CO
- DDT: par senescence placentaire.
- anlies chromos: trisomie 21, 13, 18, 2^e Turner
- mal² fœtales: pulm, card, rarement digestives. 2^e polymorphique.
- inf²: rubéole, Toxo, CMV
- mdis hémolyt: isorh, origines virales (parro), thalassémie, déficit en G6PD.
- Hgri fœto-mat et fœto-fœtales

engle:
 → < 27SA ⇒ mal² + anlies chrom
 → 28-36SA ⇒ RCIU + HRP
 → > 37SA ⇒ causes fœtales.

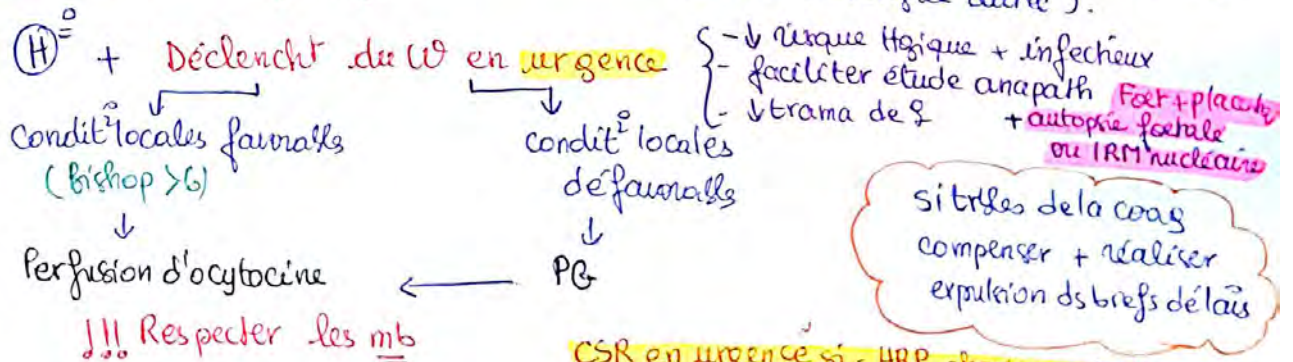
Risques maternels:

- infect² amniotique secondaire: redoutable surtt si RPM. + retentiss² psycho
 est pour cela si RPM ⇒ déclench² immédiat du w.
- trles hémostas: suite au passage de thromboplastine ds sg maternel.

surveillance: TP, TCK, Fg, PDF, PG
 répété si la rétenti² se prolonge.

CIVD → accidents Hgriques après 5-6 de MIU
 (rétenti² de longue durée).

CAT:



- Après expulsion ⇒ révision utérine systématique
 sérum antCD
 ⊖ montée laiteuse (Parlodol*)
 Contracept² + insister sur importance d'un délai avt prochaine gsse.
- Prévent²:
 → si pathologie maternelle fœticide ⇒ extract² du fœtus avant MIU.
 → prévent² d'une récidi² ⇒ rechercher + TRT cause + suivie de gsse ultérieure

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



LA FACULTÉ

Référence du concours de résidnat

Avis de non-responsabilité

Si vous êtes l'auteur ou le copyrights propriétaire d'un contenu sur notre site, contactez-nous sur:
facadm16@gmail.com

Tous les utilisateurs doivent savoir que l'équipe "La faculté" ne peut être responsable et condamne toute violation des droits d'auteur.

Toute utilisation lucrative sans la permission du propriétaire des droits d'auteur exposer l'utilisateur au suivi légal.



Pour télécharger plus de résumés et documents magnifiques pour résidanat d'Alger, veuillez scanner ce code avec votre application messenger et mentionner le nom du module que vous cherchez, par exemple "cardio" pour recevoir les liens de téléchargement de cardiologie. veuillez insérer un module à la fois, une fois vous recevez les liens du premier module, vous demandez un autre module (neuro, endocrino, biochimie ...)

Placenta Praevia

urgence materno-fœtale
2^e cause Hg^{ie} du T3

- insert^{ie} basse et vicieuse du placenta sur tt ou une partie du SI

Physiopath:

* mécanisme de l'Hg^{ie}:

- pdt gse:
 - variétés périph: CU physiologiques ^{étirement des mb} → décollem^t d'une languette Placentaire → ouverture du sinus veineux utérin
 - variétés centrales: T3 = format^{ie} SI + dilatat^{ie} du col ^{Hg^{ie}} progressive au w
 ↓
 clivage placenta → Hg^{ie}
 (entre placenta + myomètre)
 ↓
 rétract^{ie} des fml
 ↓
 décollem^t placenta → Hg^{ie}
- pdt W: dilat^{ie} du col → gliss^t du SI vers le haut → rétract^{ie} des fml
 ↓
 décollem^t placenta → Hg^{ie}

* origine du saignement:

- maternelle:
 décollem^t placenta
 ↓
 sinus veineux béants
 (car rétract^{ie} + hémostase ne se fait pas le fœtus m'est pas expulsé)
- fœtale:
 décollem^t + déchirure des villosités
 ↓
 Hg^{ie} des sg fœtal ds l'espace inter-villositaire + ds vx du cordon basale
 ↓
 passage des CR fœtaux vers mère
 Test Kleihauer (+)

* facteurs favorisants:

- multiparité (fibrose ds sites d'insert^{ie} des placenta s ds gses précédentes)
- âge maternel (dégénérescence fibreuse du myomètre > 37ans)
- ATCDs d'ABRT + tt manœuvres endo-utérines (curtage, curage, délivrance artif, tension utérine, ...) = fibrose
- ATCDs de PP (cicatrice utérine)
- gemellité (2 placenta → 1 normalement insérée, l'autre ne trouve pas place.)
- fibromyome s/muqueur, mal f^{ie} utérines

* conséq imp: placenta décollé → nécrose + thrombose + fibrose
 ↓
 surface placentaire → SF + MIU

Classificat^{ie} anatomique:

- en dehors W
- * PP latéral: bord latéral à distance OCI
 - * PP marginal: " " affleure OCI
 - * PP central: " " couvre en totalité OCI

Pdt W

- * PP non recouvrant
- * PP recouvrant
 ↓
 partiel total

La faculté: Référence de résidanat de médecine d'Alger

DC ⊕:

→ au T3: - Hg^{ie} brutale, spontanée, sg rouge isolé, récidivante.

TV doit être proscrit

- TV: utérus souple relâché + présentat^{ie} anle (siège, transverse, céphalique + col dévié haute)
- Spéculum ⇒ origine du saignement + signe de matelas: masse spongieuse (Placenta interposé entre les doigts et la présentat^{ie})
- +/- Test Kleihauer

⚠ tt saignement du T3 ⇒ écho en urgence avant TV qui peut déclencher Hg^{ie} cataclysmique

→ pdt W: - Hg^{ie} cst, proportionnelle à la dilatat^{ie} du col.

- EG en rapport avec abondance de Hg^{ie} (≠ HRP)

- TV dangereux ⇒ faire à proximité du bloc proscrit

→ pdt délivrance: - Mode Duncum (pôle maternel puis fœtal) + Hg^{ie} ++

- à l'examen du délivre: petit côté des mb < 10 cm, Placenta incomplet, cotylédon aberrant ⇒ révision utérine ++ + Ex du délivre

- Hg^{ie} de délivrance: mauvaise rétract^{ie} segmentaire retent^{ie} de cotylédon aberrant. Placenta accréto.

Ex compl:

• Echo ++: avant TV + vessie pleine (effet contraste)

↓
classificat^{ie} de Bessis

PP ant:

- I - bord inf du placenta atteint 1/3 sup de la vessie
- II - " " " " 2/3 sup "
- III - " " " " le col
- IV - " " " " dépasse le col

PP post:

- I - B du P à 4 cm en arrière de vessie
- II - " atteint le col
- III - " " 1/3 inf de vessie
- IV - " recouvre le dôme vésical

• Bilan biologique maternel:

- FNS + groupage + Rh + [test de coombs direct + recherche RAI si Rh^o]
- Bilan d'hémostase

• Bilan fœtal: ERF + PH

Cplct^{ie}:

- Proximité du cordon.
- Placenta accréto.
- tiges de la coag^{ie}: CIVD (passage des thromboplastines fœtales ds sg ♀)
- associat^{ie} à HRP ⇒ césarienne en urgence

DC ⊕:

- Hg^{ie} vulvaire ou cervico-vaginale.

Hg^{ie} du T3 ≠ HRP

* rupture utérine

* Hg^{ie} de BenKiser (déchirure d'un vx prosvia) LA hématurique

- hématome décidéal marginal.

Scanned by CamScanner

La faculté: Référence de résidanat de médecine d'Alger

Evoluti:

- récédive Hgrique fréquente .
- RPM → avantages : ↓ saignement : présentat² plaquée contre PP → comprime vx .
inconvénients : accouch^t préma + infect² + procédure du cordon
- accouch^t préma freqt

Pc:

- maternel: mortalité : Hgrie cataclysm, CIVD, tentative de décollement P. accréta
- foetal: morbidité : anémie, inf^o, accidents thrombo-emb, IR

RCIU, MIU, préma, cplct^o néonatal, SF Â et chronique

⚠️ chez mère : délivrance facile, car placenta déjà décollé.
- 2^o Sheehan (nécrose antéhypophyse suite à état de choc)
↓
lactat² maternel + retour de couches retardé.

PEC: PP hémorragique = hospitalisation + PEC multidisciplinaire.

- buts :
 - arrêter Hgic.
 - extraire fœtus vivant.
 - lutter contre préma.
 - ↓ morbidité + mortalité maternelle et fœtale

→ indicate : selon

- degrés d'Hgr
- âge gestationnel
- type PP
- dilatation cervicale
- présentation fœtale
- état des mb.

* au cours gssr: < 36 SA

terme focal \rightarrow 345A \rightarrow maturat² pulm

PP asymptotique :

- Repos
- surveillance cliniq + bio + écho
- prévient² anémie maternelle.
- prévient² de la Préma.
- consult² anesth + prévoir sg iso groupe, iso RH
- informer la patiente sur le risque fœtus

→ PP latéral ou marginal: Pc obstétr favorable
voie basse possible

PP recevrant: césarienne à partir de 38SA

* pot w: Réa ($\text{sg} + \text{O}_2$) +

Césarienne en urgence si

- PP recevrant
- Hgrie abondante + persistante
- SFA, procdence du cordon
- PP+ prsentant une ou dystocie

PP Historique :

- Hospitaliser³
- SF
- abond veineux
- Compensat² de Hgrie
- TRT par tocolytiques
- surveillance maternelle
- éviter tt examen obstétrical
- anti D si Rh⁻
- surveillance fœtale: ERF

36-37SA parfois CSR en urgence si -
- PPrecouvrant
- PP+ P^o anle, ulcères cicatriciel
ou tt caupo de dystocie

une base possible :

- Formes non recouvrants
- P⁰ céphalique

1er geste - ERF nle
= augmente la vie des mb

* au cours de la délivrance:

- révision utérine + examen du délivre.
- utéro-toniques, massage utérin, sac de sable.
- si Hgè persiste \Rightarrow Hystérectomie d'hémostase.

* Ds les suites de couches:

- poursuivre la correct[°] de l'anémie
- ATB
- anti D si Rh⁺
- Prévent[°] des accidents thrombo-emb.

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



LA FACULTÉ

Référence du concours de résidnat

Avis de non-responsabilité

Si vous êtes l'auteur ou le copyrights propriétaire d'un contenu sur notre site, contactez-nous sur:
facadm16@gmail.com

Tous les utilisateurs doivent savoir que l'équipe "La faculté" ne peut être responsable et condamne toute violation des droits d'auteur.

Toute utilisation lucrative sans la permission du propriétaire des droits d'auteur exposer l'utilisateur au suivi légal.



Pour télécharger plus de résumés et documents magnifiques pour résidanat d'Alger, veuillez scanner ce code avec votre application messenger et mentionner le nom du module que vous cherchez, par exemple "cardio" pour recevoir les liens de téléchargement de cardiologie. veuillez insérer un module à la fois, une fois vous recevez les liens du premier module, vous demandez un autre module (neuro, endocrino, biochimie ...)

Présentatⁱ céphaliques défléchis

- tt les présentatⁱ **céphaliques** autres que le sommet.
allant de la mauvaise flexion $\xrightarrow{\text{intermédiaire}}$ déflexion
(Bregma) (Front) (face)
(1/3 de déflexion) (2/3 de déflexion) (déflexion totale)
ce sont des présentatⁱ **anormales** mais pas tt pathologiques -
ce sont des présentatⁱ du **W** (après fixatⁱ de la tête)

Présentatⁱ de la face

- tête en extension, rare.
- la déflexion ramène l'occiput contre le dos du fœtus + solidariseⁱ du tronc et la tête (bloc céphalo-thoracique) \Rightarrow diamètre d'orientatⁱ
sous occipito-mentonnier = 13,5 cm (\gg)
donc conditⁱ indispensable pour l'engag^t est la désolidarisatⁱ du couple tête-thorax grâce à rotatⁱ en avt du menton (la face tourne en avant ou elle meurt)

* **repère** = le menton $\xleftarrow{\text{la plus forte et la plus favorable}}$

* **variétés**: MIGA $\xrightarrow{\text{la plus forte et la plus favorable}}$ MIDP $\xrightarrow{\text{bon po}}$ MIDA $\xrightarrow{\text{bon po}}$ MIGP. (+/- MTG et D)

* **Étiologies**: **Face** \rightarrow 2 variétés $\begin{cases} \text{Primitive: fœussse.} \\ \text{secondaire: pdt W} \end{cases}$ m causes =

maternelles:

- \rightarrow **Parité**:
 - multipare (atonie utérine)
 - Primipare (hypoplasie utérine)
- \rightarrow **malf^s osseuses**
 - bassin glém^t rétréci (BGR)
 - bassin aplati *
- \rightarrow **utérines**:
 - obliquité utérine
 - contractilité asymétrique du SI
 - Tr: fibromes Praevia.

fœtales:

- Dolichocephalie
- anencéphalie
- Tr cœur (goitre, thymus)
- gros @
- hypertonie congénitale des muscles du cou (SCM)

annexielles:

- hydramnios
- placenta praevia.
- circulaire du cordon

* **DC**: ① **Pdt gsse**: (rarement)

- **inspectⁱ**: utérus à grd axe longitudinal.
- **palpatⁱ**: tête reste haute, mobile excentrée (anlie)
 - pôle céphalique: saillie arrondie, dure, lisse = occiput, surmonté
 - d'un coup de hache = **Signe de Tarnier** (sillon du cou)
 - plan du dos difficile à percevoir
 - Foyer des BCF est du côté \neq du plan du dos.
- **au total** = signes peu explicites, recours frq aux ex // cl (écho, Rx)

La faculté: Référence de résidanat de médecine d'Alger

② pdt W:

→ début → palpat²

après dilatat²:

- la présentat² reste longtemps élevée
- TV: PDE volumineuse et bombante (la respecter)
- front (suture métopique), orbites + globes oculaires, nez, bouche (RfXe succion) + menton+++

si poche séro-sg → tt élmts sont marqués sauf nez

- * De ≠:
- prés² de front (élmt de distinct²; menton)
 - " " siège surtt décomplète
 - " " sommet, bregma (surtt si énorme bosse séro-sg)

* mécanisme accouché:

Phénomènes mécaniques:

Tête:

- engag^t

→ orientat²

diamétrie sous-occipito-mentonnière = 13,5 > ϕ oblique du DS (entraîné par contr. P² de occiput qui bute le 1^{er} sur margelle du bassin)

→ amoindris^t

complément de flexion pour substituer le diamètre précédent par un autre: diamétrie d'engag^t de la face = diamétrie sous-mento-bregmatique = 9,5 cm

→ engag^t proprement dit

il est vite limité = l'occiput s'incruste au dos = format² couple céphalo-thoracique ⇒ diamétrie pré-sterno-synsacral = 13,5 cm = progression bloquée.

- descente + rotat²: Ne se fait que si le menton tourne en avant.
doit être haute et précoc
ds variétés post

→ 45° → variétés ant
→ 135° → " post.

Si le menton tourne en arrière = enclavement: mort fœtale + RU
cpl² frotte ds variétés post + transverses

- dégagem^t: le menton se fixe s/ SP = charnière → tête se fléchit progressivement et se dégage en mento-pubien obligatoire; on voit apparaître la bouche, le nez, le front, la voûte crânienne.
puis rotat² extra-pelvienne de restitution

Epaule + siège: Idem sommet.

Phénomènes physiologiques = dynamiques:

- la présentat² reste longtemps haute (mauvaise adaptat² fœto-maternelle)
- SI mal formé, épais
- PDE bombante + risque RPM
- travail long, pénible, CV irréguliers, dilatat² lente.

La faculté: Référence de résidanat de médecine d'Alger

Phénomènes plastiques:

- bosse séro-sg sur les joues, paupières, lèvres régresse très vite, nez tjrs respecté
- exoriatⁱ au nⁱ téguments fragiles de la face, phlyctène surtt si W prolongé et TV répétées
- déformatⁱ intrinsèques: dolichocéphalie passagère, lordose vertébrale peut persister longtemps, rauçité de la voix

* PC: variétés ant sont les meilleurs.

- accouchement plus difficile que ds sommet. (angle parvo-lasse)
- déflexion incomplète → changt de la présentatⁱ en front (à 1^{er} g du W)
- rotatⁱ incomplète / inversée → enclavement + MIV + RV.

* CAT: - au cours du dégagement, menton peut rester derrière SP → menace de proéminence du cordon.

- expectative plus longue car nécessité de la rotatⁱ haute
fin si menton ne tourne pas vers l'avant en lors de survenue d'une cplctⁱ

* si évolutⁱ favorable

→ éviter rupture précoce de la PDE.

→ TV rares, prudents

→ protectⁱ du périnée (épisiotomie)

* si évolutⁱ défavorable

parfois manœuvres d'expulsions forceps de dégagement,
= césarienne préférable aux manœuvres dangereuses

La faculté: Référence de résidanat de médecine d'Alger

Présentatⁱ du front: hautem^t dystocique = césarienne dès que la tête est fixée au DS.

tête en positⁱ intermédiaire, plus proche à la déflexion

* reper^e: racine du nez.

* variétés: NIGA - NIDP - NIDA - NIGP (+/- NIT G et D).

* étiologies:

◦ maternelles:

- multiparité
- rétréciss^t du bassin
- obliquité utérine
- Tr^u utérine

◦ fœtales:

- Dolichocephalie
- macrosomie
- prématuré

◦ anxieuses:

- hydramnios
- oligamnios
- placenta Praevia

* Dc⊕: au ut

- utérus ovoïde, gr^d axe longitudinal
- palpatⁱ: tête haute, perceptⁱ du saillie de l'occiput (arrondie, régulière, dure, lisse) + dépression en coup de hache mais moins accentuée que ds présentatⁱ de face + du côté ≠: saillie du maxillaire inf
Signe de fer à cheval = marche d'escalier

- foyer BCF: au dessus ombilic, en dehors de la ligne m.

- si PDE rompre + dilatatⁱ col: TV → au centre: saillie des bosses frontales

d'un côté: FA (Bregma)

autre côté: massif facial jusqu'au nez
jamais le menton

* Dc≠: - P^o face
- P^o siège

- P^o Bregma

* mécanisme de l'accouchement:

Phénomènes mécaniques:

- engagem^t: n'est possible que si le fœtus est de petit volume, tête au large bassin
φ mécanisme précis.

si pds nle → voie basse impossible

le φ d'engagem^t est trop gr^d pour s'accommoder aux φ obliques/transversaux
engag^t ne peut se faire qu'après un mécanisme de force "trauma obstétrical"
et la tête va s'enclaver ds la partie haute de l'excavatⁱ.

Conséq mère: ischémie des parties molles puis fistules urinaires par chute d'escane, mort fœtale, infⁱ ovulaire, RU, infectⁱ amniot
dégats vaginaux, vésicaux, péritonéaux, déchirure grave du périnée

Fœtus → souffrance, protraction du cordon

Phénomènes dynamiques:

- dilatatⁱ trainante, PDE bombante
- CV inéguilicis + hypercinésie et Σ^d de lutte (Σ^d de prérupture)

La faculté: Référence de résidanat de médecine d'Alger

Phénomènes plastiques:

- bosse séro-sg siège sur le front⁺⁺, bregma, arcades sourcilières *jamaïs nez + lèvres.*
- déformatⁱ osseux suite à l'amoindrisse^t → front d'aspect olympien

- * CAT: *lavage haute et de principe des fixatⁱ de tête au DS (avant enclavement)*
 - si enclavement^t → *césarienne en urgence. m sur E mort car tt manœuvre est dangereuse pour la mère.*
 - multipare → manœuvres de transformatⁱ avant phase de fixatⁱ de la tête

Présentatⁱ de Bregma } Proche de la flexion (1/3 de déflexion).

Dc ≠ surtt le front = 2 pts communs → W laborieux + dystocique. (front⁺⁺⁺)
Sommet variétés post surtt si bosse séro-sg efface les sutures + FA

* repère: Fontanelle ant (Bregma)

* variétés: FIGA - FIDP - FIDA - FIGP + les transverses

* Dc ⊕: - idem sommet, mais la présentatⁱ reste haute + si mal formé.

- TV⁺⁺: présentatⁱ régulière, perceptⁱ de la voûte crânienne + FA (Bregma)
+ perceptⁱ des sutures métopique (avt) losangique au centre
sagittale (arrière) *φ nez + φ λ*

* mécanisme accouché:

Phénomènes mécaniques:

- engagem^t:
→ orientatⁱ: diamètre occipito-frontal = 11,5 - 12 cm sur φ oblique ou transverse du DS
→ amoindrisse^t: modelage = tasse^t = égalisatⁱ = cylindrique de tête
tête passera à frottem^t dur jusqu'à franchisse^t du DS

- descente + rotatⁱ: longue + laborieuse, se termine lorsque le nez / maxillaire sup arrive s/SP.

- dégagem^t: racine du nez ou maxillaire sup s/SP.
occiput ds concavité sacrée

1^{er} tps = Flexion: donc extériorisatⁱ du front, Bregma, occiput, s/occiput
+/- nez (si maxillaire sup sert de pivot)

2^e tps = déflexion: s/occiput fixé à la commissure post de la vulve,
appariⁱ de la bouche + menton.

⇒ engagem^t en S = OS (variétés post du sommet)

La faculté: Référence de résidanat de médecine d'Alger

Phénomènes dynamiques

- dilatation trainante
- SI mal formé.
- CV irréguliers.

Phénomènes statiques

- bosse séro-sig. siège Région Bregma.
- aplatissement de face + occiput = brachycéphalie, crâne déformé "en tour".

* CAT: la voie basse n'est acceptée que si pds \leq nle (remodelage).

- si tête ne peut s'engager ou ne peut progresser au delà de la partie haute de l'excavation \rightarrow césarienne.
- si tête atteint DM \rightarrow accouchement spontané
- épisiotomie.



césarienne : très large indicat° ds Bregma.
mais moins absolue que ds front.

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



LA FACULTÉ

Référence du concours de résidnat

Avis de non-responsabilité

Si vous êtes l'auteur ou le copyrights propriétaire d'un contenu sur notre site, contactez-nous sur:
facadm16@gmail.com

Tous les utilisateurs doivent savoir que l'équipe "La faculté" ne peut être responsable et condamne toute violation des droits d'auteur.

Toute utilisation lucrative sans la permission du propriétaire des droits d'auteur exposer l'utilisateur au suivi légal.



Pour télécharger plus de résumés et documents magnifiques pour résidanat d'Alger, veuillez scanner ce code avec votre application messenger et mentionner le nom du module que vous cherchez, par exemple "cardio" pour recevoir les liens de téléchargement de cardiologie. veuillez insérer un module à la fois, une fois vous recevez les liens du premier module, vous demandez un autre module (neuro, endocrino, biochimie ...)

Présentatⁱ de siège

la 2^e après sommet.

- c'est une présentatⁱ longitudinale = le pôle pelvien est -directement- en rapport avec le DS + pôle céphalique est au n° du fond utérin
- 2 modes
 - siège complet ^{meilleure (tronc libre)} = MI repliés au - dessous des fesses
 - Fœtus assis en tailleur.
 - TV ds aine de dilatatⁱ: Fesses + pieds.
 - siège décomplet ^{2/3 des cas.} = - cuisses fléchies sur l'abdomen, jambes en extension en atelle sur le thorax
 - TV : que les fesses
- Repère : sacrum
- variétés : 6 variétés : SIGA⁺⁺ - SIDP - SIDA - SIGP + SITG et D.
- Étiologies :
 - maternelles :
 - Parité :
 - multipare = atonie utérine
 - primipare = hypoplasie (petit utérus mal étoffé cylindrique)
 - malformatⁱ utérines = bⁱcorne⁺⁺⁺, cordiforme, cylindrique
 - déformatⁱ utérine : Kyste, fibrome du fond utérin
 - bassin : rétréci, aplati, chirurgical
 - foetales :
 - Préma⁺⁺⁺
 - avt 32SA → positⁱ transverse / siège⁺⁺
 - après 32SA → mutatⁱ spontané en céphalique
 - hydrocéphalie
 - anencéphalie
 - macrosomie
 - gemellité
 - annexielles :
 - hydramnios
 - oligamnios
 - placenta praevia
 - brièveté du cordon
- DC :
 - en fin g^{ss}e :
 - utérus de gr^d axe longitudinal.
 - palpatⁱ sus pubienne : pôle mou, large, irrégulier, ne balloté pas ⇒ le siège.
 - palpatⁱ au n° fond utérin : pôle dur, arrondi, régulier; balloté entre les 2 mains ⇒ la tête.
 - manœuvre de Budin = rechercher le plan du dos ⇒ foyer BCF : // ombilical du côté du dos
 - TV : présentatⁱ haute + si malformé
 - en début de g^{ss}e :
 - TV : 2 masses molles (fesses) + sillon interfessier + sacrum + OGE si on perçoit les pieds ⇒ siège complet
 - Ex complⁱ : Rx + écho
 - confirme p^o - confirme p^o
 - élimine malpⁱ - insertⁱ placenta
 - état de flexion de la tête. - malpⁱ foetale
 - mesure biométrique - flexion de la tête

- DC :

- face
- sommet avec bosse séro-sg
- transverse avec proéminence d'une main. (\neq pied : talon $\hat{A} 90^\circ$ + orteils : $\hat{m} \hat{n}$.)
- front.

Risque de rétention tête dernière.

- mécanisme de l'accouchement:

① siège \rightarrow ② épaules \rightarrow ③ tête, (Pblème)

(décomplet \rightarrow ϕ sacro-pré-tibial)

le siège:

- \rightarrow engagement: diamètre bitrochantérien, 9,5 cm suit un des 2 diamètres obliques du bassin, 12 cm \Rightarrow ϕ aminci \hat{r} iss \hat{t} .
le siège franchit synclite le plan du DS donc l'engagement du siège est facile + précoce.
- \rightarrow la descente: suit l'axe ombilico-coccygien puis l'axe devient horizontal avec un \hat{A} obtus avec axe omb-coccy
- + rotation: en m \hat{t} ps de la descente = en spirale: ramène le diamètre bitrochant vers le diamètre ant-post du DI \Rightarrow rotation en arrière de 45° pour les variétés ant, " " avant de 135° " " " " post donc le sacrum est b \hat{r} s sur le diamètre transverse
- \rightarrow Dégagement: la hanche ant se dégage en 1 $^{\text{er}}$ puis la hanche post. Dégagement plus facile si siège complet.

Epaules

- \rightarrow engagement: avec le dégag \hat{t} du siège, les épaules s'engagent par tass \hat{m} , diamètre bisacromial = 12 cm suit le m \hat{t} ϕ oblique empreint par le siège ds les variétés ant + pour variétés post \Rightarrow le $\phi \neq$
- mut de spire du siège ramène le dos en avant
- ⚠ le dos doit être en avant, ds le cas $\neq \Rightarrow$ accrochage du menton avec le bord sup de la symphyse pubienne.
- \rightarrow Descente + rotation: simultanée ou successive: ramène le diamètre bisacromial vers le ϕ transverse du bassin, ds en avant. ou antéro-post du DI
- \rightarrow dégagement: les épaules se dégagent en transverse par asymétrie: les bras tombent l'un après l'autre ou en antéro-post ant puis post.

Tête

- \rightarrow engagement: la tête s'engage au m \hat{t} ps que la descente + dégagement des épaules elle s'oriente suivant le diamètre oblique du bassin, l'occiput en amont, elle s'engage fléchie
- \rightarrow Descente + rotation: occiput tourne en aut de 45° +++ pour arriver médian ds le DI.
- \rightarrow Dégagement: le sous occiput se fixe en pt d'appui sous la symphyse pubienne la tête franchit puis face, front, crâne pour arriver à la commissure vulvaire post. en o \hat{b} ligatoire

La faculté: Référence de résidanat de médecine d'Alger

- anliès du mécanisme de l'accouchement -

• Phénomènes plastiques:

- BSS siège au n² → talons → siège complet
→ fesses + OOE → ~ décomplété.
- aplasie du cotyle (siège décomplété)
- LCH.
- aplasie de l'angle du maxillaire inf.

• Phénomènes physiologiques:

- anliè des CV (pare contractile)
- anliès de la dilatati² du col.
- rupture précoce de la PDE.

• Phénomènes pathologiques:

- Relèvement des bras → la tête se défléchit → accouchement impossible.
- dystocie de la tête = rétent² de la tête soit au n²;
→ Détruit sup: - bassin rétréci (ensus pub) - rotati² du dos en arrière
Pc catastrophique - Hydrocéphalie - tête mal fléchie
→ au n² de l'excavati²:
en DI - col insuffisamment dilaté.
- défaut de flexion de la tête
- bassin rétréci.

- CAT:

- ↳ pdt gsse < 37SA: - confirmer DC + ex compl
- tenter des VME avec content²
- évaluer les élmt Pc pour accepter ou non la voie basse

⚠ programmer d'emblée césarienne:

- anliè bassin
- macrosomie
- utérus cicatriciel ou mal formé
- Préma
- Primigravide
- toxes maternelles
- PP
- déflexion primitive de la tête

↳ au cours du U9: réévaluer les élmts Pc pour accepter voie basse.

- césariennosé:
- 3 souffrance fœtale.
 - arrêt de dilatati² du col.
 - précidence du cordon.

La faculté: Référence de résidanat de médecine d'Alger

- Modalités de l'accouchement :

- à dilatat^{ion} complète, la présentat^{ion} arrive au n^{iveau} du périnée et commence l'expulsion
plz fagons :

① accouchement spontané : type Vermelin

il se déroule de lui-même sous l'effet des CU + efforts expulsifs.

② l'intervention s'impose devant :

- la phase d'expulsion dure > 20 min
- dystocie d'expulsion
- gasp : fœtus respire profondément pour éviter asphyxie
- anhé ERCE (altérat^{ion} BCF)

* Les manœuvres utilisées :

↳ pour extraire la tête :

* manœuvre de Bracht : au n^{iveau} DI par déflexion douce du fœtus + basculé vers le ventre de sa mère.

* manœuvre de Mauriceau : au n^{iveau} de l'excavat^{ion} :

- main d^{roite} : index + médius ds bouche, fœtus placé à cheval sur l'aut-bras.
- " g^{auche} : doigts placés de part et d'autre de la nuque du fœtus, il faut faire :
 - Flexion de la tête
 - Tourner la tête → occiput posit^{ion} m + dos en avant
 - abaisser la tête → si occiput en sous SP.
 - relever le corps en haut + fléchir la tête lentement pour la dégager

↳ pour extraire les épaules : si relèvent des bras :

* manœuvre de Lovset : dble rotat^{ion} axiale.

- 1^{ère} rotat^{ion} → ramener l'épaule ant en antérieur dès qu'on voit le moignon de l'épaule (bisacromial et engagé) puis introduire le pouce ds creux axillaire + 2 doigts le long de l'humérus + abaisser le bras par un mouvement de mouchage.

- 2^{ème} rotat^{ion} → ramène l'épaule post en ant puis idem après → rapidement mvt de restitution = ramener le dos en avant.

* après dégagement des épaules, la tête se situe au n^{iveau} de l'excavat^{ion}

⇒ manœuvre de Mauriceau systématique

si tête ds DI → manœuvre de Bracht.

La faculté: Référence de résidanat de médecine d'Alger

↳ petite extract^o du siège:

- extract^o de la tête (Mauriceau ou Bracht).
- " des épaules (Lovset)

↳ grande extract^o du siège (4 étapes).

- abaissent d'1 / 2 pieds à travers la PDE intacte, puis la rompre p^ot dégager.
- accouchement du siège.
- " des épaules : Lovset
- " de la tête : Mauriceau ou Bracht.

- PC : trauma obstétrical : suite aux manœuvres obst.

- lésions médullaires
- Hg^o cérébro-méningée.
- paralysie du plexus brachial, LCH.
- lésion de la langue.
- fracture de l'humérus, fémur.
- +/- lésions viscérales

Ces risques ↓ si césarienne

• mortalité ↑ si préma

⚠ VME : transformer posit^o podalique ^{ou transv} → céphalique
le siège ou la transversale^{+++ (VMI)}
↓
céphalique ↓
siège ou céphalique
but : obtenir une P^o plus favorable pour la vie basse
puis maintenir cette posit^o par une content^o.

CI - Primipare

- Tares maternelles

- utérus cicatriciel, malformé, myomateux

- souffrance fœtale

- vice obstétrical (RPM, oligamnios, PP, macrosomie, RCIU, ...)

- gémellité

Cplct^o

- RPM

- souffrance fœtale aiguë

- HRP (DPPNI)

- RU

elle se fait s/contrôle écho + ERF

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



LA FACULTÉ

Référence du concours de résidnat

Avis de non-responsabilité

Si vous êtes l'auteur ou le copyrights propriétaire d'un contenu sur notre site, contactez-nous sur:
facadm16@gmail.com

Tous les utilisateurs doivent savoir que l'équipe "La faculté" ne peut être responsable et condamne toute violation des droits d'auteur.

Toute utilisation lucrative sans la permission du propriétaire des droits d'auteur exposer l'utilisateur au suivi légal.



Pour télécharger plus de résumés et documents magnifiques pour résidanat d'Alger, veuillez scanner ce code avec votre application messenger et mentionner le nom du module que vous cherchez, par exemple "cardio" pour recevoir les liens de téléchargement de cardiologie. veuillez insérer un module à la fois, une fois vous recevez les liens du premier module, vous demandez un autre module (neuro, endocrino, biochimie ...)

La faculté: Référence de résidanat de médecine d'Alger

(Présentat' du sommet)

- c'est une présentat' **céphalique**: le fœtus se présente en fessier / déhuté par sa tête bien fléchée
 - la plus **frqte** (95% accouché)
 - la plus **eutocique** (naturelle = anatomique).
 - le **repère** de la présentat': occiput = fontanelle post (lambda)
la partie la plus déclive de la tête fléchée
 - 4 **variétés** frqtes: OIGA⁺⁺⁺
OIDP⁺⁺
OIGP
OIDA
OITG et OITD, => très rares (si bassin aplati)
- ϕ d'orientat': occipito-frontal = 12cm
• ϕ d'engagemt': s/occipito-bregmatique (après amaïnдрissement) = 9,5cm
compatible avec tt les ϕ du bassin
- ⚠ le diamètre le plus emprunté est **oblique**.
les variétés ant sont les plus eutociques

Diagnostic:

↳ en dehors du ut:

- inspect': utérus de grd axe longitudinal. (ovoïde)
 - palpat':
 - ↳ en sus pubien: pôle arrondi, régulier, dur, ballote entre les 2 mains (si latête n'est pas engagée)
 - ↳ au n° fond utérin: pôle large, mou, irrégulier, ne ballote pas - plus gros, plus difficile à déterminer (pôle podalique)
 - manœuvre de Poulin: appuyer sur le fond utérin pour accentuer la saillie du dos. but → situer la posit' du dos fœtal pour localiser foyer BCF
Foyer BCF → s/ombilical du côté du dos.
assez proche de la ligne médiane ds variétés ant et plus en dehors ds les variétés post.
 - TV: reconnaît le pde céphalique: forme ronde + régulière.
repère de la présentat': fontanelle post: petite et triangulaire.
plus la fontanelle est proche du centre, plus la présentat' est fléchée
latête est déjà engagée.
Pc est meilleur.
- * Dc parfois difficile: utérus contracté, ADE bombante, bosse sero-ss
↳ écho obst, Rx du contenu utérin.

Mécanisme de l'accouché: OIGA:

* Phénomènes mécaniques:

- ↳ **Tête**: - **engagemt'** = franchiss't DS précédé par des phénomènes préparatoires pour accommoder la tête au DS = orientat' + amaïnдрissement.
- orientat' de son grd axe suivant le diamètre oblique Dou G⁺⁺⁺, occiput en ant.
- amaïnдрissement: Flexion de la tête: le diamètre occipito-frontal = 12cm se substitue par le sous-occipito-bregmatique = 9cm

La faculté: Référence de résidanat de médecine d'Alger

Permettant une parfaite adaptatⁿ fœto-pelvienne.

- engagement proprement dit: ainsi préparée, la tête se fixe avant de franchir l'air du DS → les bosses pariétales s'engagent en mtps = engagement synclite
une à une = flexion latérale + mvt en batton de cloche = engagement asynclite.

⚠ De clinique de l'engagement: TV + palp^{at} abd (Signe de Fabre et de Farabeuf)

- descente + rotatⁿ: rotatⁿ ant de 45° amenant l'occiput s/ SP (OP)
- dégagement: déflexion autour du BI de la SP (pivot)

↳ les épaules: le diamètre bisacromial s'amaindrit par bassem^t, s'oriente et s'engage ds le diamètre oblique ≠ à celui de la tête lorsque la tête se dégage.

↳ le siège: idem les épaules.

⚠ Variétés post: ODP = pl³ particularités:

- flexion imparfaite (φ céphaliques fœtaux plus grds) gêne l'engast.
- rotatⁿ en ant de 135° = plus malaisée et peut se faire en post (OS)

ce qui explique nécessité de CV plus efficaces et le recours frqt à l'utilisatⁿ d'ocytociques.

* Phénomènes physiologiques:

- variétés ant → se déroulent normalem^t.
- " post → W prolongé: difficulté de rotatⁿ + descente trbles peuvent se voir: antls CV, amplitud^e SI, dela dilatatⁿ

* Phénomènes plastiques:

- bosse séro-sg surtt ds variétés post.
- déformatⁿ osseuses rares.

CAT au cours du dégast:

- expliquer à la patiente comment et quand passer.
- aider le dégast de la tête: mvts va et vient de la tête, fin → occiput apparaît à la vulve.
- main gche → complém^t de flexion (P^e sur la tête)
- " drte dégast bosses frontale + dirige la déflexion de la tête jusqu'à son engast
- rotatⁿ de restitution (si dégast OS → épisiotomie large pour protéger périnée post)
- aider dégast des épaules: orientées ds sens sacro-pubien par tractⁿ vers le bas de la tête; l'épaule ant se dégage puis relever la tête (tirer vers le haut): épaule post se dégage puis le siège se dégage

surveiller périnée

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



LA FACULTÉ

Référence du concours de résidnat

Avis de non-responsabilité

Si vous êtes l'auteur ou le copyrights propriétaire d'un contenu sur notre site, contactez-nous sur:
facadm16@gmail.com

Tous les utilisateurs doivent savoir que l'équipe "La faculté" ne peut être responsable et condamne toute violation des droits d'auteur.

Toute utilisation lucrative sans la permission du propriétaire des droits d'auteur exposer l'utilisateur au suivi légal.



Pour télécharger plus de résumés et documents magnifiques pour résidanat d'Alger, veuillez scanner ce code avec votre application messenger et mentionner le nom du module que vous cherchez, par exemple "cardio" pour recevoir les liens de téléchargement de cardiologie. veuillez insérer un module à la fois, une fois vous recevez les liens du premier module, vous demandez un autre module (neuro, endocrino, biochimie ...)

Présentatⁱ transversale

Fingse → transversale
début ut → épaule = oblique

- aîre du DS n'est occupée ni par pôle céphalique ni pôle pelvien
- fœtus étalé transversalement, et se présente par une partie latérale.
- * hautement dystocique = expulsion impossible par les voies naturelles.
rare

Repère: acromion.

Variétés: 4 seulement → 4 variétés transverses

↳ dorso-ant⁺⁺⁺: face ventrale du fœtus s'adapte à la saillie du rachis maternel
AIGA⁺⁺⁺ - AIDA

↳ dorso-post: AIDP, AIGP

Etiologies:

maternelles:

- grde multipare
- malfⁱ utérines: cloisonné⁺⁺⁺, cordiforme, d'éperon.
- myome praevia, kyste de ovaire
- anél. bassin: aplati + saillie du promontoire

fœtales:

- gemellité
- Préma⁺⁺⁺
- RCIU
- macrosomie

anœuvelles:

- PP
- brièveté du cordon⁺⁺⁺
- Hydramnios

Dc ⊕:

↳ fingse

- utérus d'axe transversal ou oblique

- palpatⁱ

→ susp^u pubien: aîre du DS vide.

Fond utérin: vide + étalé

latéralem^t: perceptⁱ des 2 pôles fœtaux au n^o 2 flancs

pôle céphalique =

ronel, dur, arrondi

pôle pelvien =

volumineux, dur, irrégulier

- auscultatⁱ: foyer BCF proche de l'ombilic du côté du pôle céphalique
plus nets si dos en avant.

- TV: excavatⁱ vide, φ présentatⁱ, SI épais mal formé (nn engagée)

+ Rx, écho.

↳ pdt ut

→ si PDE intacte: PDE volumineuse, saillante.

perceptⁱ des repères fœtaux difficile.

PDE rompue: moignon de épaule + acromion + creux axillaire + grille costal + omoplate

Dc ≠: - siège (main ≠ pied)
- Face

La faculté: Référence de résidanat de médecine d'Alger

- Evolut^e:
- mutati^o spontanée en P² eutocique.
 - accouch^t en compl^{ic}atio- corpore = HIV très ancienne.
 - épaule négligée: P² transversale méconnue, imposée = U9 a longtps duré, ϕ progression de la P²
 - 3 conditⁱ formelles:
 - U⁹ durant depuis longtps
 - PDE rompue
 - utérus rétracté
 - 4 conditⁱ relatives:
 - P² a tenté de s'engager = immobile
 - inf^o ovulaire patente ou latente
 - décès fœtal après longue souffrance ϕ BCF
 - version impossible.
 - Étiologi^{es}: multipare + ϕ suivi de gste + ϕ PEC de l'accouch^t.
 - SF: - AEG + épuisem^t maternel, agitⁱ, anxiété, faci^{es} tristes.
 - CV irréguli^{ères}: rapprochées + ϕ relach^t intercalaire
 - DL lombaires +++
 - S^d de prérup^ture: Triade de Bandl-Fromel:

<u>utérus intact</u> : <ul style="list-style-type: none"> - utérus étranglé ensablier - anneaux de Bandl et Fromel - T² DL des lig^s ronds. 	<u>utérus cicatriciel</u> : <ul style="list-style-type: none"> - utérus déhisc^{ent} + DL de la cicatrice - métrorragi^{es} - SF^o: \downarrow BCF, mort fœtale.
---	--
 - Evolutⁱ: si ϕ PEC \Rightarrow rupture utérine: tableau brutal associant:
 - [SF] ① DL abdominale en coup de poignards.
 - ② ss^o d'écoulem^t d'eau chaude ds le ventre (LA)
 - ③ état de choc: pâleur, T⁹ filants, ...
 - [SP] - aspect irrégulier de l'abdomen: 2 masses s/peau: fœtus + globe utérin de sécurité
 - ϕ BCF
 - TV: col rétracté, dispariti^o de la présentatⁱ, rétractⁱ de l'utérus, métrorragi^{es}.
 - Pc: grave: RU, infectⁱ ovulaire, septicémie, mort fœtale.
état de choc suite à RPM

CAT:

- en dehors du U⁹:
 - \rightarrow Primigeste \rightarrow programmer césarienne à terme (≥ 38 SA) (segmentaire transversale arciforme)
 - \rightarrow multigeste \rightarrow VME
- en U⁹ (épaule):
 - \rightarrow Primigeste \rightarrow césarienne en urgence (segmento-corporeale)
 - \rightarrow multigeste \rightarrow césarienne
 - si voie basse possible
 - PDE intacte + dilatati^o complète
 \rightarrow VMI + g^{de} extractⁱ de si^{ège}

PDE rompue +/- dilatati^o incompl^{ète}
 \downarrow
 césarienne
- épaule négligée:
 - \rightarrow Fœtus vivant \rightarrow césarienne en urgence + ATB massive
 - \rightarrow " mort \rightarrow embryotomie

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



LA FACULTÉ

Référence du concours de résidnat

Avis de non-responsabilité

Si vous êtes l'auteur ou le copyrights propriétaire d'un contenu sur notre site, contactez-nous sur:
facadm16@gmail.com

Tous les utilisateurs doivent savoir que l'équipe "La faculté" ne peut être responsable et condamne toute violation des droits d'auteur.

Toute utilisation lucrative sans la permission du propriétaire des droits d'auteur exposer l'utilisateur au suivi légal.



Pour télécharger plus de résumés et documents magnifiques pour résidanat d'Alger, veuillez scanner ce code avec votre application messenger et mentionner le nom du module que vous cherchez, par exemple "cardio" pour recevoir les liens de téléchargement de cardiologie. veuillez insérer un module à la fois, une fois vous recevez les liens du premier module, vous demandez un autre module (neuro, endocrino, biochimie ...)

Rupture utérine Hgic du T3

Hgré du T3

- C'est une solutⁱ de continuité en chirurgicale de l'utérus (corps / st⁺⁺)
- RU
 - spontanée : en dehors de manoeuvres obst
 - provoquée : lors d'une manoeuvre obst.
- sur
 - utérus sain
 - " cicatriciel
- pdt
 - gss
 - w

Anapath:

- Rupture sur uséus Interact:

↳ rupture complète = intra péritonéale :
la déchirure concerne tt épaisseur de la
paroi utérine

↳ rupture incomplète = s/p péritonéale :
myomètre déchiré mais péritoine intact
constitué d'un hématome s/p péritonéal.

- Lésions associées :

- rupture vésicale (hématurie)
- lésion de l'uretère
- déchirures cervicales ou vaginales
- atteinte des pédicules vx

- localisation: surtt au n° du SI, face ant⁺⁺⁺

2. Etiologias:

- utérus sain :

↳ RV spontané:

- **dystocie mécanique** ⁺⁺⁺ = obstacle
 - dysproport² foeto-pelvienne, bassin rétréci
 - P² ante : épaule négligée,
 - fronto face enclavé en mento-post
 - mal f² fœtales
 - cerclage du col lâché en place après début w.

- uterus fragile:

- grde multipare
- ACDs de curetage répétés
- utérus malformé
- cicatrice utérine

- Rupture sur utérus cicatriciel:

↳ Rupture complète = rupture de cicatrice
les 2 berges de la CSR se séparent complètement
→ Fœtus expulsé (accouché) ds abdomen

↳ rupture incomplète = déhiscence ou
désunion de la cicatrice; +++
placenta intact + fœtus resté en intra
utérin

- uterus cicatriciel:

conséq d'une mauvaise qualité
de cicatrice ou contraintes exercées
sur la cicatrice.

- cicatrices utérines :

Les obstétricales : surtt au n° **SI**, leur solidité peut être affectée par :

- type d'incision : transversale, verticale.
- technique de réparatⁿ
- suite de la CSR.

- * les cicatrices corporelles, segmento-corporelles, cicatrice de RU, mine SSR sont fragiles

↳ gynécologiques: sont solides
surtout myomatomes

La faculté: Référence de résidanat de médecine d'Alger

La RU, prophylaxie:

• utéro-torçiques:

- utilisation inadéquate d'ocytociques
- PG de 12e.

• manœuvres obst:

- manuelles - VME ou I, manœuvres de dégagement de la dystocie des épaules
- instrumentales: déchirure cervicale qui se propage jusqu'au SI

• Dc ⊕: • Sur utérus sain: en gèle potus à cause d'une dystocie négligée (DPP)

• Σ^o de pré-rupture: Σ^o de lutte: Triade de Band et Fromel:

- Prodromes: hypercinesie + mauvais relâchement utérin (contracture utérine anxiété, angoisse, agitation, utérus prolongé)

• utérus en sablier

- format^o de l'anneau de rétraction de Band et Fromel qui sépare le SI étiré, aminci du corps utérin rétracté + ascension progressive de cet anneau

- tension DL des ligts ronds, perçus à la palpation comme 2 cordes symétriques tendues des orifices inguinaux jusqu'au fond utérin

• Phase de rupture:

• SF:

- DL abdominale en coup de poignard.
- ss^o d'écoulement d'eau chaude ds ventre (LA: la ♀ a accouché ds son ventre)
- puis sédation de la DL
- collapsus → état de choc

• SP:

- métrorragies
- palpation de 2 masses: fœtus palpé s/peau + utérus vide et rétracté
- auscultation: ϕ BCF = MIU
- TV: col rétracté, disparition de la présentation

• Sur utérus cicatriciel: Triade de Chaussy:

- utérus défléchi = DL au n^o de la cicatrice
- métrorragies
- SF: ϕ BCF, MIU

⚠ si la RU est négligée (2-3j) → tableau de péritonite + lésions importantes (abcès, nécrose)

• contraintes exercées sur la cicatrice:

- Et course d'↑ E^o intra-utérine: dystocie mécanique, ocytociques, manœuvres, surdistension utérine
- PP sur la cicatrice

∴ De ≠: antécédents d'Hg²⁺ T₃

HRP:

- début brutal
- sg noirâtre (coagulé)
- EG n'est pas en rapport avec l'importance de Hg²⁺ (Hg²⁺ interne)

- BCF: 0
- utérus en bois
- col fermé.

PP:

- ATCDs Hg²⁺ ds T₁ et T₂
- sg rouge, vif, aéré.
- EG est en rapport avec le degré de Hg²⁺

- BCF +++
- utérus souple.
- signe de matelas

∴ TRT:

* Curatif:

- mesures de Réa + extract² du fœtus et placenta + inspect² des lésions:
- TRT chir en urgence ⇒ 2 opérat² sont possibles:

↓
TRT conservateur =
hystérorraphie:

- si: - ♀ jeune
- pauci ou nullipare
 - rupture minime

suture en 1 plan si SI
ou en 2 plans si corps utérin.

↓
TRT radical =
hystérectomie.

- si: - lésions imp + gise ultérieure
dangereuse après ligature vx.
- rupture imp + lésions de voisinage.

* Préventif:

- surveillance gise + pdt w + dépistage de tt causes de dystociés
- respect des règles et pratiques de l'obstétrique.
- si utérus cicatriciel: φ oxytociques + φ manœuvres, expulsion assistée, CSR si anté
- CSR préventive chz bicicatricielle, DFP, mauvaise cicatrice.

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



LA FACULTÉ

Référence du concours de résidnat

Avis de non-responsabilité

Si vous êtes l'auteur ou le copyrights propriétaire d'un contenu sur notre site, contactez-nous sur:
facadm16@gmail.com

Tous les utilisateurs doivent savoir que l'équipe "La faculté" ne peut être responsable et condamne toute violation des droits d'auteur.

Toute utilisation lucrative sans la permission du propriétaire des droits d'auteur exposer l'utilisateur au suivi légal.



Pour télécharger plus de résumés et documents magnifiques pour résidanat d'Alger, veuillez scanner ce code avec votre application messenger et mentionner le nom du module que vous cherchez, par exemple "cardio" pour recevoir les liens de téléchargement de cardiologie. veuillez insérer un module à la fois, une fois vous recevez les liens du premier module, vous demandez un autre module (neuro, endocrino, biochimie ...)

Souffrance fœtale:

Souffrance fœtale = ↓ de son oxygénatⁱ = hypoxie

elle peut être { chronique: qlq sem ou mois
↳ A.

SFC: Σ^d physiopathologique dont la traduction clinique est RCIU.

↓ apports placentaires → mécanismes adaptatifs fœtaux
dont le principe est de privilégier les organes nobles: cœur, cerveau, surrénale.

- ↑ résistances ombilicales.
 - vasodilatation cérébrale + coronaire.
 - ↑ glyco-génolyse + ↓ sécrétⁱ insuline.
 - ↑ anaérobiose
 - ↑ érythropoïèse
 - ↑ sécrétⁱ de cortisol.
- au détriment d'autres territoires: foie, rein, poumon, tube digestif → ↑ péristaltisme → émission du méconium

Etiologies: inadéquatⁱ des besoins du fœtus avec ce qu'il reçoit (O₂ + nutriments)

causes maternelles:

- Pb vx: ↓ P_g, O₂ maternel, PE, HELLP^d, éclampsie.
- Diabète
- Hypoxémie: intox au CO₂, insuff resp, cardiopathies, anémie, tabac, médicaments, excès de CU.

causes annexielles:

- DDT = sénescence placentaire.
- HRP.
- infarctus placentaire.
- PP
- latérocidence du cordon: cordon entre dos/épaule du fœtus et paroi utérine.
- circulation du cordon.

causes fœtales:

- infectⁱ
- anémie
- mal^f
- trauma (accidentel ou iatrogène).

De (+):

- examen clinique complet: recherche FDR, mesure PA, glycémie, recherche protéinurie, Hauteur utérine + HAF
- ex. compl: échographie + biométrie fœtale: si anhé, mesures renouvelées + courbe croissance + estimatⁱ du poids fœtal: à partir de mesure du BIP et φ abdominal + structure placentaire (épaisseur ++, insertⁱ, ...) + Doppler (CO + carotides) + étude morphologique du fœtus

• ERF (monitorage de 30'): ↓ oscillatⁱ → tracé plat
φ accélératⁱ

• score de Manning: 5 paramètres: HAF, mvt resp, AC, tonus, qtt du LA.

• CAT:

⚠ Devant tt RCIU éliminer erreur du terme

- évaluer le degré du RCIU: écho / ISF, ERF, Doppler, Manning / sem.
- TRT de la pathologie maternelle
- surveillance fœtale + extract^e signes gravité: ERF plat, arrêt croissance,

SFA:

Pathologie qui survient au cours U. = conséq: perturbatⁱ des échanges
= signes d'anoxie fœtale ^{M→F}

⚠ C'est l'urgence obstétricale par excellence nécessitant l'extract^e fœtale ds les meilleurs délais

• Physiopath:

au cours du U ⇒ ↓ Passage trans placentaire d'O₂ en rapport avec une hypoperfusion physiologique qui est bien tolérée par fœtus en dehors de pathologie.

↳ à l'état pathologique: ↓ du débit placentaire suite à une situatⁱ pathologique
↓
↓ débit fœtal → bradycardié

le fœtus s'adapte à cette hypoxie par redistributⁱ de la circulatⁱ en privilégiant les organes mols, et au détriment des autres: territoire splanchnique → hypoxie intest → ↑ péristaltisme + relâchmt sphincters → émission du méconium.

chez NNé:
→ ischémie mésentérique ⇒ entérocolite nécrosante.
→ " hépatique ⇒ ictère précoce + troubles de la coag.
→ si TRT rapide = Hgⁱ cérébrale, ischémie cord.

• Etiologies:

- ↳ causes utérines: dystocie mécanique ou dynamique.
- ↳ " annexielles: HRP, PP Hgⁱque, anélis cordon.
- ↳ " fœtales: préma, anémie, infectⁱ.
- ↳ " maternelles: tt causes de SFC s'aggravent au cours U
Hgⁱes du T₃, hypot^a de posture ou iatrogène.

• De:

- modifⁱcatⁱ BCF (brady, tachy, arythmie)
- " couleur du LA
- monitoring obst: ERF
- PHmⁱtrie sg fœtal: (d partir du scalp) ⇒ acidos = SF.

• CAT:

- début U: CSR + CI périolurale (délai d'inductⁱ trop long).
- à dilatatⁱ complète:
→ tête engagée → Forceps d'expulsion
→ " nn engagée → CSR
- mère mise en PLG + O₂
- Réa du NNé + correctⁱ métabolique de la SFA.

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



LA FACULTÉ

Référence du concours de résidnat

Avis de non-responsabilité

Si vous êtes l'auteur ou le copyrights propriétaire d'un contenu sur notre site, contactez-nous sur:
facadm16@gmail.com

Tous les utilisateurs doivent savoir que l'équipe "La faculté" ne peut être responsable et condamne toute violation des droits d'auteur.

Toute utilisation lucrative sans la permission du propriétaire des droits d'auteur exposer l'utilisateur au suivi légal.



Pour télécharger plus de résumés et documents magnifiques pour résidanat d'Alger, veuillez scanner ce code avec votre application messenger et mentionner le nom du module que vous cherchez, par exemple "cardio" pour recevoir les liens de téléchargement de cardiologie. veuillez insérer un module à la fois, une fois vous recevez les liens du premier module, vous demandez un autre module (neuro, endocrino, biochimie ...)

suites de couches nles et pathologique

tranchée : CU spécifique SI
rôle: involutⁿ utérine
M au cours des têtes +
multipare → TRT antalgique
antispasmodique

- c'est la période allant de l'accouch^t jusqu'au retour de couches (menstruatⁿ)
- dure normalement 45j.
- c'est une période à risque de compl^{ti}: Hgiques, infectieuses, thromboemboliques, psychiatriques
⇒ surveillance attent^{ve}

Modificat^{ns} physiologiques du post-partum:

+ disparitⁿ du SI + reconstitutⁿ du cel

- involutⁿ utérine = ↓ taille, et reprend ses dimens^{ns} habituelles vers 2 mois
Favorisée par la lactatⁿ immédiate (ocytocine)
- Vagin + vulve: reprise des dimensions nles, cicatrisatⁿ d'éventuelles déchirures ou épisiotomie + régression et atrophie de l'épith^{li} vagina
- Périnée: récupératⁿ de sa tonicité + cicatrisatⁿ si lésions. (ds 6-8sem)
- montée laiteuse: ds les 3 premiers jours suivant l'accouch^t
accompagnée d'une RTⁿ à 38°C
- cycle menstruel: reprise du cycle hormonal si ♀ n'allait^e pas =
- ovulatⁿ entre J25 et J45
- retour de couches vers 6-8sem après accouch^t
si allaitem^t → retour de couches retardé (aut 5^e mois).
- normalisatⁿ des perturbat^{ns} biologiques = mais hypercoagulabilité persiste pdt
1^{er} mois → attent^{ve} CO astro-progest.
bilan CO pas avant 3^e mois PP
Fg reste ↑ pdt 2 mois
- les lochies: écoulem^t séro-sanglant vulvaire d'origine utérine = plaie placentaire
persistent ≈ 3sem
- l'endomètre: régénère; évolue en 4 phases =
1- régression: accouch^t → J5
2- cicatrisatⁿ indépendante des hormones: J6 → J25
3- régénératⁿ hormonale = J25 → J45 → si effet des œstrogènes
4- reprise du cycle menstruel = si ≠ lactatⁿ → à partir du J45
les 2 premiers cycles après accouch^t sont en gle anovulatoire
si ♀ allait^e → reprise ds 4 mois

- état psychique: variat^{ns} hormonales imp, épuisem^t physique pdt accouch^t, manque de repos → vers 3^e-5^ej post partum: R^é émotionnelles = larmes, irritabilité, troubles du sommeil et de l'appétit, fatigue, ...
Dc ≠: dépression post natale.

- vari^{ns} hormonales = ↓ hormones stéroïdes gravidiques + ↑ PRL (si ≠ allaitem^t; PRLⁿ ds 10-12j)
FSH basse après accouch^t va ↑ = nle vers 3^esem → œstrogⁿ
+ ↑ ds 1 mois pic → ovulatⁿ vers J45 (d'ovulatⁿ aut J25-35)

- chez ♀ allaitante : tétée $\rightarrow \uparrow$ PRL \rightarrow retard du retour des règles
mais cette réponse \downarrow et disparaît vers 60j
taux PRL devient ≤ 10 ng/ml \rightarrow libératⁱ axe hypoth - hypoph
donc 1^{re} ovulatⁱ possible vers 4^e mois.

Surveillance en post partum:

* PP immédiat: surveillance rigoureuse en salle de W pdt 2h min après accouch.

- cst: π , TA, T^o, état gle.
- vérifⁱcatⁱ du globe utérin
- surveillance des saignements
- mictⁱ, Rétentⁱ A d'urines

* PP secondaire: Dépister et traiter une éventuelle Hgrie

- J1 \rightarrow
- prévientⁱ des cplct² Thromboemb par levée précoce +/- TRT anticoag.
 - cst: π , TA, T^o, état gle.
 - globe utérin: utérus contracté slombic
 - lochies: abondance, aspect, odeur.
 - qualité des mictⁱ + transit
 - palpatⁱ des mollets (rechercher signes phlébite)
 - examen des seins + mise en route de l'allaitement.
 - bio: FNS + crase sg.
 - si incompat Rh² \rightarrow sérum anti-D ds 72h

- J2-J5 \rightarrow
- cst, globe utérin, lochies, mictⁱ, transit, palpatⁱ mollet.
 - périné: cicatrissatⁱ des déchirures / épisiotomie
 - examen des seins + évaluer état psychique.
 - si sérologie rubéole \ominus \rightarrow vacciner.
 - proposer contraceptⁱ

* PP tardif: consultatⁱ 6^e-8^e sem après acc.

- involutⁱ utérine vers 2^e mois
- lochies
- examen gynéco complet - cicatrissatⁱ vulvaire + périméale

SDC pathologique: ⊕ frottes si césarienne

cplct² redoutées en fct² des périodes du PP:

↳ PP immédiat: Hg² de la délivrance, infect² Â (chorio-amnionite), rétent² Â d'urines (II^e APD).

↳ PP secondaire: Hg²s génitales, infect² (urinaires, endométrite, inf² de cicatrice cplct² thrombo-emb, cplct² allaitement, trls psych, anémie.

↳ PP tardif: cplct² mammaires, anls cicatrices², retour de couches Hg²que, aménorrhée du PP, trls genito-sphinctériens.

* cplct² Hg²que: - Hg² de la délivrance.
- Hg² génitale précoce (atonie utérine II, endométrite Hg²que).
- " " tardive (retour de couches Hg²que).

* cplct² infectieuses:

↳ endométrite: 1^{re} cause de F^o du PP.

→ FDR: RPM, manœuvres endo-utérine (délivrance artificielle, révision utérin accouch^t dystocique, rétent² placentaire partielle.

→ clinique: - début précoce: 3-5 J après accouch^t
- F^o modérée 38°C, DL pelviennes peu intenses, lochies abondantes malodorantes (sales)
- à l'examen: utérus mal involé (mou + DL), stagnat² de la hauteur utérine, col béant, DL à la mobilisat² utérine.

→ TRT: ATB.

↳ infect² urinaires:

→ SF: pollakiurie, brûlures mictionnelles, DL lomb.

→ examen: urines trls, DL lomb, BU ⊕ + ECBU

* cplct² thrombo-emb:

• Facteurs favorisants: - âge > 40ans - obésité - acc^t dystocique / césarienne
- multipare - varices - cardiopathie.
- ATCDs thrombo-emboliques

↳ thrombose veineuse superficielle:

- cordon rouge, chaud, DL, induré
- explorat² echo-doppler systématique
- TRT: anti-infl local + centent².

↳ thrombose veineuse profonde: Risque embolie pulm = Pc vital.

- début progressif souvent au cours de la 2^e semaine.

- signe d'appel: F^o modérée (37.5-38°) inest, $\pi \uparrow$, DL unilat mollet, pli de l'aîne, ss² jambe lourde

La faculté: Référence de résidanat de médecine d'Alger

- examen bilat comparatif : œdème discret (mesure du périmètre de la jambe)
chaleur + DL provoquée au n° mollet à la palpation profonde et à la dorsiflexion (signe de Homans)
- Étude écho - doppler des MI
- TRT: Héparine, contention puis relais AVK + surveillance+++

↳ Phlébite pelvienne : complique souvent une endométrite

- φ signes spécifiques = urinaires (dysurie, pollakiurie, rétent°)
intestinaux (ballonnement, ténésme)
TV DL

- TRT: héparine + ATB

Prévent° des cplct° thrombo-emb° ++++

- Lever précoce
- Contension si mauvais état veineux
- TRT préventif par héparine.

* Cplct° mammaires :

↳ engorgement mammaire : événement précoce : 2^e-3^e j = montée laiteuse

- fébricule à 38°C + DL mammaires bilat.
- à l'examen : seins durs, tendus, très DL risque cplct° infectieuses.
- TRT symptomatique : massage circulaire des seins avt tétées
inject° 2UI Synto* en IM
régression ds 24-48 h.

↳ crevasse du mamelon : due à mauvaise technique d'allaitement
cplct° : engorgement puis lymphangite

- DL mamelon, tétées très DL, φ F°, érosions superficielles à l'inspect° du mamelon.
- CAT: nettoyer + sécher mamelon après chaque tétée
applicat° crèmes grasses ou cicatrisantes
réexpliquer les modalités de l'allaitement pour éviter récurrences.

↳ lymphangite: mastite infl° = infl° du sein
début brutal, engle 5-10g en PP.

- F° élevée ; frisson, DL mammaire unilat
- à l'examen: placard rouge, chaud, DL + ADP axillaire DL
lait recueilli propre φ pus

- CAT: poursuivre l'allaitement, bien vider le sein après tétées (s'aider au tire-lait)
Aspirine ou AINS
φ ATB en 1^e intent°, si prescrite anti-staph per os pldt 8g
Pénic M (Bristopen*) compatible avec allaitement
surveillance.
Oxacilline

La faculté: Référence de résidanat de médecine d'Alger

↳ galactophorite ^{mastite infectieuse} : plus tardive: 10-15j PP.

- début progressif: F^o + DL mammaire unilat.
- lait recueilli mélangé à du pus (Signe Brouin ⊕) ⇒ suspendre allaitement
- CAT :
 - suspendre allaitement
 - lait tiré et jeté jusqu'à guérison.
 - ATB peros anti-staph
 - AINS ou antalgique.

↳ abcès du sein: tardif, complice galactophorite négligée.

- Dc: début tableau de galactophorite puis \uparrow DL + F^oM oscillante, AEG
- à l'examen: sein volumineux, rouge, tendu, très DL collect^e fluctuante hyperalgique en péri-aréolaire
- CAT :
 - H² + consult^e en anesthésie + BPO + hémoc.
 - TRT chir: incision - lavage - drainage
 - ATB adaptée au germe.
 - allaitement arrêté.

✓ Autres cplct²:

- psychiques: Baby blues
dépression du PP
Psychose postpartumale confuso-dépressive
- anémie par carence martiale.
- trbles sphinctériens
- trbles de la cicatrisat²: lachage, hématome, abcès (épisiotomie/césarienn)
- S^d de Sheehan: nécrose hypophyse ant suite choc Hgrique lors accouch
* tableau d'insuff hypophy: corticotrope, lactotrope (ϕ montée lacteuse PP gonadotrope (ϕ retour de couches), thyroïdienne.
* TRT: THS

Glande mammaire:

- pdt gse, proliférat² des alvéoles s/act^e Hormone (HLP) lactogène placentaire mais activité sécrétoire \odot par œstrog
- Réalisat² + maintien de l'allaitement: \downarrow hormones stéroïdiques + succion
sécrét^e PRL + prolactine

F^o du PP:

- montée lacteuse au 3^e j.
- endométrite A¹.
- infect^e urinaire
- cplct² thrombo-emb.
- cplct² allaitement.
- anlie cicatrisat².

Au nom d'Allah, le Plus Gracieux, le Plus Miséricordieux



LA FACULTÉ

Référence du concours de résidnat

Avis de non-responsabilité

Si vous êtes l'auteur ou le copyrights propriétaire d'un contenu sur notre site, contactez-nous sur:
facadm16@gmail.com

Tous les utilisateurs doivent savoir que l'équipe "La faculté" ne peut être responsable et condamne toute violation des droits d'auteur.

Toute utilisation lucrative sans la permission du propriétaire des droits d'auteur exposer l'utilisateur au suivi légal.



Pour télécharger plus de résumés et documents magnifiques pour résidanat d'Alger, veuillez scanner ce code avec votre application messenger et mentionner le nom du module que vous cherchez, par exemple "cardio" pour recevoir les liens de téléchargement de cardiologie. veuillez insérer un module à la fois, une fois vous recevez les liens du premier module, vous demandez un autre module (neuro, endocrino, biochimie ...)

T^r du col utérin

les T^r du col sont : en 2 parties

- LIE = état pré K^c.
- cancers invasifs du col.

	LIE	K ^c du col
CDD	asymptomatique FCV	MTR provoqué
examen	n _{le}	T ^r cervicale bourgeonnante
CAT	Colposcopie + biopsies	biopsies, IRM, IRM
Evolut ⁱ	- risque d'évolut ⁱ vers K ^c col (surtt LIEHG) après rupture de la mb basale - φ méba.	- extension loco-régionale - <u>métabases</u> .
TRT	Chir (conisat ⁱ)	Radiothérapie + chir.

- Les LIE apparaissent au n^o de la zone de jonctⁱ pavimente - cylindrique.
- le principal FDR du K^c du col est : l'infectⁱ à HPV 16, 18, 31, ... (à haut risque)
Celle infectⁱ est très fr^q, très souvt transitoire.
Seule la persistance de l'infectⁱ expose au risque de dével^p de LIE → Cancer.
- Les LIE ne progressent pas systématiquement à un K^c, les LIE (surtt bas grades) peuvent régresser sur une période de 2 ans.

Délai M entre contaminatⁱ à HPV et survenue du K^c est : 10 - 12 ans

Les états pré K^c : LIE naissent au n^o de la zone de jonctⁱ

- cette zone est fragile + ss^e aux infectⁱ par HPV

- LIE = dysplasie ou néoplasies cervicales.

- LIE sont asymptomatiques ⇒ intérêt du dépistage (préventⁱ secondaire)

- si FCV anle ⇒ colposcopie + biopsie des lésions suspects.
+ coloratⁱ au lugol et acide acétique
Dc de dysplasie = triepied : cyto-colpo-histologie.

Dysplasie : anle de maturatⁱ touchant l'ép. pavimenteux de l'exocel

• les résultats de la biopsie :

• LIEBG = CIN1 = anlés φ localisées au 1/3 inf des couches φ.

• LIEHG → CIN2 = anlés atteignent 2/3 profonds de l'épithélium.

→ CIN3 = anlés sur tt la hauteur de l'épithélium : φ inφ + anlés nucléaires et des mitoses, Respect mb basale

La faculté: Référence de résidanat de médecine d'Alger

• PEC des états pré K^c:

- LIEBG: régression spontanée et complète très fréquente (engle en 2 ans)
⇒ abstention thérapeutique + surveillance: FCV + colposcopie 6-9 mois après.
 - TRT seulement si la lésion persiste après 18 mois = TRT destructeur: vaporisation au laser ou électrocoagulation ou cryothérapie ou caustiques locaux
 - si aggravatⁱ en LIEBG = TRT par conisation au bistouri ou à l'anse diathermique
- LIEHG: exérèse chir = conisation + examen anapath.

⚠ cplctⁱ conisation: Hg^{ies} + ↑ risque acc^ht préma + sténose cervicale cicatricielle

Surveillance par: FCV et test HPV (à 3-6 mois + 18 mois) puis FCV annuel.

K^c du col: ce K^c n'est pas hormono-dépendant.

- 2^e K^c gynécologique après K^c du sein. • âge m: 34-45 ans
- FDR:
 - infectⁱ à HPV haut risque (16, 18) +++++
 - Tabac
 - immuno-dépression, infectⁱ génitales basses à répétitⁱ, IST
 - Partenaires sexuels multiples
 - multiparité
 - 1^{er} rapports sexuels précoces, 1^{er} gsse jeune
 - bas n^o socio-économique; avitaminose (vit B, carotène)
 - Contraceptⁱ oestro-progestative.
- Anapath:
 - 85%: Carcinome épidermoïde.
 - 10%: ADK ⇒ mauvais PC ⇒ méta lymphatiques.
 - 5%: autres

• Histoire naturelle:

- ① infectⁱ cervicale persistante à HPV haut risque.
- ② constitutⁱ de LIE au n^o de la zone de jonctⁱ.
- ③ puis = processus d'invasion: rupture de la mb basale:
 - ↳ invasion du stroma < 1mm + ϕ usque envahiss^tgg (TRT conservateur possible)
 - ↳ puis carcinome micro-invasif (Ia)
 - ↳ invasion stromale > 5mm = K^c invasif vrai (Ib)
- ④ extensⁱ → loco-régionale: vagin, latéralem^t, vessie, rectum
↳ lymphatique: chaînes iliaques externes^t,...
(emboles tumorales vasculaires et lymphatiques)
- ⑤ métastases viscérales: foie, poumon.

• Dc:

- * CDD :- MTR ss rouge, indolores, provoqués
 - Pertes muco-purulentes (si infect^e associée) + striées de ss
 - Ds les formes avancées: cpict^e undologiques, DL pelviennes, AEG, anémie.
- * examen:
 - Spéculum: Tr ^{ne si K^c micro-invasif (Ta)} baignonnante; friable, ulcérée, saigne au contact, base indurée
 - TV: indurée, saignement au contact
 - + TR: palpat^e des paramètres
 - ⇒ Biopsies +++ (confirmer + typer K^c)
- * Bilan d'extension:
 - IRM pelvienne +++ ou TDM
 - examen s/ AG
 - TLT / TDM thoracique
 - UIV, rectoscopie, cystoscopie
 - Écho / TDM abd
 - marqueurs Tr: ACE et Scc.

" la cytologie alerte
la colposcopie localise
la biopsie confirme "

Classificat^e de la FIGO:

- * Stade I: C^r localisé au col:
 - Ia: micro-invasif (nn visible, diagnostiqué à l'histologie)
 - Ia₁: Profondeur ≤ 3 mm largeur ≤ 7 mm
 - Ia₂: "]3-5 mm] " ≤ 7 mm
 - Ib: K^r invasif.
 - Ib₁: K^r cliniquement visible, taille ≤ 4 cm
 - Ib₂: " " " > 4 cm
- * Stade II: K^r ayant dépassé le col mais sans atteindre la paroi pelvienne ou le 1/3 inf du vagin + ϕ atteinte ss + ϕ méta.
 - IIa: ϕ atteinte paramétriale
 - IIa₁: taille ≤ 4 cm n'atteint pas 1/3 inf du vagin
 - IIa₂: " > 4 cm " " " "
 - IIb: atteinte paramétriale.
- * Stade III: atteinte du 1/3 inf du vagin +/- étendue jusqu'à paroi pelvienne.
 - IIIa: ϕ atteinte ss ou métastatique + ϕ atteinte de paroi pelvienne.
 - IIIb: atteinte paroi pelvienne +/- \exists hydronéphrose ou rein muet ou tt type d'extension tumorale avec atteinte ss pelvienne + sans méta.
- * Stade IV: extension Tr au delà du pelvis ou atteinte de la muq vésicale ou rectale.
 - IVa: atteinte des organes pelviens adjacents.
 - IVb: " d'organes à distance.

La faculté: Référence de résidanat de médecine d'Alger

° TRT:

* Ia₁: TRT conservateur: conisat^e ou hystérectomie simple +/- conservatⁱ ovarienne

* Ia₂: TRT conservateur + curage gg ou TRT radical (CHEL): colpo-hystérectomie élargie avec lymphadénectomie.

* Ib: < 1cm: curithérapie: Radiothérapie permettant la stérilisation des lésions cervicales et g^uxta cervicales puis 4-6 sem après CHEL et radiothérapie post-op si envahiss^t gg.
> 1cm: Radiothérapie puis curithérapie puis chir 6-8 sem après
ou Radiothérapie exclusive: externe puis curi

* Ila: < 2cm: idem Ib < 1cm
> 2cm: idem Ib > 1cm.

* Ilb: idem Ib > 1cm

* III: radiothérapie exclusive.

* IV: ~ palliative.

° K^c col et g^{se}:

- début g^{se}: ITG puis TRT

- plus tard: mini CSR puis TRT
ou attendre la maturité fœtale.